

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année _____

THÈSE

N° _____

252

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1886, à 1 heure.

PAR AUGUSTIN RAVAL

Né à Pleurtuit (Ille-et-Vilaine), le 5 octobre 1860.

Ex-interne à l'Hôtel-Dieu de Rennes,

Ex-prosecteur et lauréat (1882) de l'Ecole de médecine de Rennes.

DE

L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS CHEZ LES ALBUMINURIQUES

Président : M. PETER, professeur.

Juges : MM. { BALL, professeur.
RAYMOND, QUINQUAUD, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BECLARD.

Professeurs.....

	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
	DAMASCENO.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
	CORNIL.
Anatomie pathologique.....	Mathias DUVAL.
Histologie.....	DUPLAY.
Opérations et appareils.....	REGNAULD
Pharmacologie.....	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	PROUST.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

Agréés en exercice.

MM. BLANCHARD. BOUILLY. ELGIN. CAMPENON. DEBOVE. FARABEUF, chef des travaux anatomiques GABRIEL.	MM. GUEBHARD. HALLOPEAU. HANOT. HANRIOT. HUMBERT. HUTINEL. JOFFROY. KIRMISSON. LANDOUZY.	MM. PEYROT. PINARD. POUCHET. QUINQUAUD. RAYMOND. RECLUS. REMY. RENDU. REYNIER.	MM. RIBEMONT- DESSAIGNES. RICHELOT. Ch. RICHEL. ROBIN (Albert). SEGOND. STRAUS. TERRILLON. TROISIERS.
--	---	---	--

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

232

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE
DE MON FRÈRE ET DE MA SŒUR

A MON PARRAIN ET A MON FRÈRE DÉVOUÉS

A MA MARRAINE ET A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PETER

Médecin de l'hôpital de la Charité.
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR RAYMOND

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux.

A TOUS MES ANCIENS MAÎTRES DE L'ÉCOLE
DE RENNES

ET EN PARTICULIER A MES EXCELLENTS CHEFS DE SERVICE
DE L'HÔTEL-DIEU

MM. LES PROFESSEURS DELACOUR, AUBREY
DAYOT, REGNAULT

DE

L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS

CHEZ LES ALBUMINURIQUES

INTRODUCTION

Les accidents syphilitiques ne sont pas toujours semblables à eux-mêmes. Ils se montrent singulièrement inégaux comme intensité et comme gravité chez les différents sujets qu'ils affectent. C'est là un fait connu de tous les médecins et que n'ignorent même pas les gens du monde. Un certain nombre de privilégiés ne prennent de la diathèse que des manifestations superficielles et légères, que des accidents bénins et qui s'éteignent presque spontanément. D'autres, au contraire, sont plus sévèrement atteints, plus profondément touchés. Dès le début les éruptions cutanées et muqueuses se montrent avec un caractère de grande gravité. Elles sont multiples, intenses, confluentes et résistent au traitement. Des poussées successives apparaissent en se serrant de près et nécessitent tous les efforts d'une bonne hygiène et d'un traitement énergique. Cependant là n'est pas le danger

le plus grand. Restent encore les accidents de la syphilis tertiaire. Ceux-là sont plus redoutables et peuvent se montrer implacables.

Tels sont les faits cliniques et l'enseignement qui ressort de tant d'observations journalières. L'inégalité des manifestations syphilitiques chez les différents sujets est flagrante. Chacun paie sa dette ; mais il la paie plus ou moins cher. Tous sont imprégnés ; mais ils le sont plus ou moins.

Ces différences de gravité de la syphilis, après avoir attiré l'attention, devaient susciter des recherches. Il était tout naturel que l'on se demandât le pourquoi de ces inégalités et que l'on cherchât à se rendre compte de ces privilèges. Il devait y avoir des conditions présidant soit à cette bénignité, soit à cette malignité.

On pensa, tout d'abord, au germe syphilitique et l'on crut pouvoir rattacher à la nature du virus la nature des accidents consécutifs. Une syphilis intense engendrait une syphilis grave. Des faits nombreux réfutent cette théorie, et l'opinion de ceux qui imputent à la qualité du terrain la cause de l'inégale répartition des manifestations de la syphilis, est la plus généralement admise, et nous dirons même la seule adoptée de la science moderne.

M. le professeur Fournier, dont l'autorité est grande en cette matière, n'admet dans ses leçons qu'une seule variété du virus donnant la syphilis constitutionnelle. Il rattache les différences d'intensité et de gravité de la syphilis à la nature du terrain sur lequel s'implante le virus, à la constitution des individus, aux bonnes ou aux

mauvaises conditions d'hygiène. Dans ses cliniques du mois de mai 1886, nous le voyons ne tenir aucun compte de la qualité du virus et admettre, indépendamment des causes générales qui peuvent aggraver la syphilis, six facteurs spéciaux de la vérole.

Il place en tête l'alcoolisme et la scrofulo-tuberculose; puis viennent l'impaludisme, certaines conditions d'âge, la prédisposition héréditaire ou acquise, l'absence ou l'insuffisance du traitement de la diathèse.

A ces causes de gravité de la syphilis, nous pensons que l'on peut joindre l'albuminurie. Chez les albuminuriques, en effet, la syphilis nous a semblé revêtir des caractères particulièrement graves. Les éruptions se montrent intenses; leurs éléments sont très rapprochés, parfois confluents au point d'en modifier l'objectivité.

Les poussées éruptives sont nombreuses, fréquentes et même subintrantes. Certaines déterminations cutanées et muqueuses appartiennent à des types graves de syphilides. Les centres nerveux sont touchés à une époque peu éloignée de l'accident primitif, et sont déjà sévèrement atteints.

Frappé par cette évolution de la diathèse chez les individus albuminuriques, évolution différente de celle des syphilis que nous observons le plus ordinairement, c'est-à-dire des syphilis bénignes, nous avons pensé qu'il serait intéressant et utile de prendre ce sujet pour notre thèse inaugurale.

C'est sous l'inspiration de notre maître, M. Raymond, professeur agrégé, que nous venons traiter cette partie de la pathologie syphilitique : grâce à ses bons conseils

nous avons pu nous initier à cette question et nous tenons à lui en témoigner ici toute notre reconnaissance.

Tous nos remerciements également à notre maître éminent, M. le professeur Peter, de la bienveillance qu'il nous a témoignée et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DIVISION DU SUJET

Le premier chapitre sera consacré à l'historique. Dans le second nous exposerons nos observations et nous les ferons suivre d'une courte analyse relatant les principaux faits et les symptômes importants qu'elles contiennent.

Au chapitre suivant nous montrerons, en donnant les symptômes de gravité qu'a présentés la syphilis chez nos malades, de quelle façon l'albuminurie a influé sur l'évolution de la diathèse. Nous comparerons les accidents que comportent nos observations à ceux des syphilis bénignes et nous en rechercherons la pathogénie. Dans le quatrième chapitre nous étudierons le pronostic de la syphilis chez les albuminuriques ; puis, dans un cinquième, nous discuterons la question du traitement. Enfin nous tirerons les conclusions de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On s'est beaucoup occupé des déterminations de la syphilis sur les reins. A différentes époques nous trouvons de savants ouvrages sur ce point de la pathologie syphilitique. Après Rayer, viennent MM. Lancereaux et Coupland. M. Cornil a aussi touché cette partie des déterminations de la syphilis dans ses cliniques de Lourcine (1879). En 1882, Cobadon consacrait sa thèse inaugurale aux albuminuries, la période secondaire de la syphilis. Un peu tard, la même année, nous voyons Negel prendre la syphilis rénale pour texte de sa thèse inaugurale et traiter longuement ce sujet.

Nous nous sommes fait un devoir de rechercher l'historique de la réciproque, c'est-à-dire de l'influence de l'albuminurie sur l'évolution de la syphilis. Nos recherches nous ont montré les différentes études faites sur les causes de gravité de la syphilis. Après Hunter, qui avait noté l'influence de la scrofule sur la syphilis, nous voyons M. Ricord parler du scrofulate de vérole. Ailleurs, il nous dit : il ne fait pas bon prendre la syphilis dans la vieillesse. Plusieurs syphilographes, Revillet entre autres, signalent les rapports de la vérole et de la dartre. M. le professeur Verneuil, en 1881, au congrès de Londres, fait une communication sur les hybridités de la scrofule, de la tuberculose et du cancer. Il nous

montre que c'est habituellement la scrofule, état antérieur, qui agit sur la syphilis, état surajouté, et que la réciproque est plus rare ; que, si la tuberculose ne favorise pas l'apparition des lésions graves et rebelles de la syphilis, elle les entretient indéfiniment à coup sur.

Dans sa réponse à la communication de M. Verneuil, Hutchinson de Londres dit n'avoir pas remarqué que la syphilis fût notablement influencée par les diathèses. Bien plus, il dit que, ce qui l'a surtout frappé dans l'évolution de la syphilis, c'est l'identité, la fixité et la constance de ses manifestations, en dépit et au travers de toutes les diathèses. Bennett de Dublin et Drysdale de Londres partagent l'opinion de Hutchinson et déclarent ne pouvoir suivre M. Verneuil sur le terrain de la combinaison des diathèses et de la théorie générale de l'hybridité morbide.

Néanmoins, en France, les recherches continuent. En 1884, Ozenne soutient sa thèse inaugurale sur l'hybridité cancéro-syphilitique, de la cavité buccale en particulier. Enfin, tout récemment, dans les semaines dernières, nous assistions aux savantes cliniques de M. le professeur Fournier sur les facteurs spéciaux de gravité de la syphilis.

Mais, en ce qui concerne l'influence de l'albuminurie sur l'évolution de la syphilis, la pathologie reste presque muette. Nos longues et laborieuses recherches nous ont montré que la question était toute récente. La priorité en revient à notre maître, M. Raymond, qui en a rapporté un cas, en 1879, dans la clinique médicale de la Charité de M. Vulpian. En 1881, M. Barthélémy en re-

late un autre dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Il fait ensuite remarquer la gravité de la syphilis chez cette femme albuminurique. Mais il ne va pas plus loin dans l'interprétation des phénomènes.

Il passe ensuite au traitement et fait voir que cette albuminurie, qui n'est pas d'origine spécifique, n'est nullement influencée par le traitement antisyphilitique. En 1882, M. le D^r Rémy faisait publier dans la thèse de Négel, une observation d'albuminurie grave : mais il ne faisait que mentionner les accidents syphilitiques concomitants, qui étaient d'une gravité non moins grande, sans faire ressortir l'influence que l'albuminurie avait pu exercer sur l'évolution de la syphilis.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Le nombre d'observations, que nous allons présenter dans ce chapitre, paraîtra peut-être insuffisant pour prouver que l'albuminurie chez les syphilitiques doit être considérée comme un facteur de gravité de la syphilis. Nous n'avons point la prétention de faire la lumière complète sur ce point délicat des affections syphilitiques et de fixer d'une façon définitive l'influence nocive que la présence de l'albumine dans les urines exerce sur leurs symptômes, leur marche et leurs conséquences.

Nous avons seulement l'intention d'exposer les faits que nous avons observés et qui nous ont été communiqués ; puis d'en étudier l'évolution et de rechercher s'ils présentent des caractères de malignité que l'on ne rencontre pas chez les individus, qui, forts, vigoureux et exempts de toute diathèse acquise ou héréditaire, de toutes habitudes mauvaises, contractent la syphilis.

OBSERVATION I.

Publiée par le D^r Barthélemy dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie (année 1881).

Albuminurie. — Accidents syphilitiques graves.

Mout..., âgée de 26 ans, blanchisseuse, entre le 7 janvier, salle Saint Thomas, n° 32.

Mère rhumatisante. Père mort à 43 ans d'une albuminurie. Antécédents personnels mauvais ; rachitisme ; accidents rhumatismaux à l'âge de 20 ans ; attaque intense de rhumatisme articulaire aigu. Mariée à 16 ans, elle avait eu un enfant l'année suivante : à 21 ans, elle en eut un second. Pendant sa grossesse, elle avait eu de l'œdème des jambes et des troubles de la vue. Après ses couches elle eut de l'œdème des paupières et conserva l'enflure des jambes, surtout le soir. Quatre mois après son accouchement elle dut entrer à la Charité, où elle fut soignée pour une albuminurie pendant onze mois. Elle sortit de cet hôpital conservant encore des œdèmes palpébraux, des troubles de la vue, de l'albumine dans l'urine et des accidents pulmonaires.

C'est sur ces entrefaites qu'elle contracta la syphilis. Roséole interne, puis syphilides papulo-érosives de la vulve. Presque aussitôt se montrèrent une céphalalgie intense et une fièvre vespérine, en même temps que l'état général s'altéra : pâleur, amaigrissement, palpitation, algidité, vertiges, tremblement des

membres et de la langue, insomnie et vomissements très fréquents, ostéalgies multiples.

7 janvier. Cet état, malgré les traitements les plus rationnels, se prolonge pendant huit mois. A ce moment apparaît une périostose frontale. La malade est si faible qu'elle ne peut littéralement pas faire un seul pas sans aide. Les vertiges deviennent plus forts. L'asthénie devient intellectuelle. La malade perd la mémoire. Elle ne peut plus lire, parce qu'elle ne comprend pas son journal et qu'elle se sent incapable de calcul, de tout acte intellectuel. Café, lait, frictions hydragyriques 5 gr., iodure de potassium 2 gr. Bains sulfureux.

18 mars. Malgré une assez notable amélioration, état toujours grave (frictions avec hydrargyre 8 gr.). L'amélioration, après avoir continué pendant quelques semaines, est aujourd'hui arrêtée; l'état est stationnaire. Iodure de potassium 2 gr. et sublimé.

Au mois de mai, la malade est toujours en état d'asthénie. La marche est difficile, s'opère par secousses et exige des balancements pour le maintien de l'équilibre. Les urines sont toujours albumineuses. La malade est rappelée en ville pour affaire de famille.

Cette observation nous présente une malade atteinte d'albuminurie et devenant syphilitique. Nous assistons à l'évolution de la maladie. Les accidents se montrent graves dès le début et gardent cette gravité jusqu'à la sortie de la malade. La roséole est intense. La vulve est couverte de syphilides papulo-érosives. Les centres nerveux sont touchés à une époque jeune de la diathèse. Au huitième mois, l'asthénie est telle que la malade ne peut plus marcher sans aide. La marche s'opère avec tremblement d'abord, puis par secousses et balancements. La mémoire se perd à cette même date et la ma-

lade ne peut plus lire son journal. Elle présente aussi de l'algidité.

Malgré un traitement dirigé par des mains habiles et longtemps continué, l'état reste grave. L'amélioration, assez notable, que produit le mercure au début, s'arrête et les accidents restent stationnaires.

Les urines sont toujours albumineuses; mais l'albuminurie n'a pas été aggravée par le traitement spécifique.

OBSERVATION II (inédite).

Recueillie dans le service de M. le Dr Raymond et communiquée par l'interne de service, M. Florand (1).

Albuminurie. — Syphilis avec accidents secondaires graves.

G... (Jean), âgé de 45 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Raymond, salle Magendie, lit n° 4, le 12 avril 1886. Il est difficile, dès le jour de son entrée, d'obtenir par lui des renseignements précis sur son état antérieur ou ses antécédents. Il est dans un état de somnolence presque continue.

Si on l'examine avec soin, on remarque qu'il a la figure bouffie, un peu d'œdème au niveau des malléoles, une grande pâleur des téguments. Il accuse de violents maux de tête et appelle l'attention sur une grande gêne de la déglutition. Sa voix est très nasonnée, il ouvre assez difficilement la bouche. On peut cependant voir que sa gorge est rouge, que ses amygdales sont tuméfiées et recouvertes de plaques gris noirâtres, qui cachent des ulcérations peu profondes. L'haleine est fétide. Les ganglions sous-maxillaires sont très tuméfiés. Ils forment à droite une masse volumineuse, dure et très douloureuse.

Sur la face dorsale des mains et surtout de la main droite il

(1) Nous tenons à remercier ici M. Florand de l'amabilité avec laquelle il nous a communiqué cette observation et nous a fait notre numération des globules du sang.

existe une large croûte noirâtre irrégulièrement circulaire, entourée d'une aréole rouge foncée et d'un peu d'œdème, et recouvrant une ulcération profonde, à bords assez réguliers.

Pléiade ganglionnaire dans l'aîne du côté gauche. Cicatrice très nette de chancre induré sur le gland.

Les urines sont rares, foncées, très chargées en albumine.

Rien du côté du cœur et des poumons. Aucun phénomène du côté de la sensibilité ou de la motilité.

Le malade fait aux questions qui lui sont posées des réponses assez incohérentes. Il paraît cependant résulter des renseignements obtenus soit par les gens qui l'ont amené, soit par ce qu'il nous a dit dans la suite, que le début de sa syphilis remonte à cinq mois environ.

Il était, à cette époque, malade et fatigué depuis plusieurs mois. Il avait été abandonné par sa femme il y a un an. Depuis lors il s'était adonné à la boisson d'une façon exagérée et s'était mis à courir. Il avait remarqué que ses urines étaient plus foncées et moins abondantes. Dès cette époque il ressentait déjà d'assez vives douleurs dans les reins et de violents maux de tête. Mais la céphalalgies'est accentuée surtout quelques jours avant son entrée à l'hôpital.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Parents morts à un âge très avancé, de maladies aiguës. Trois frères morts ; l'un, à 2 ans ; l'autre, à 3 ans ; le troisième, à 21 ans, à la suite d'une chute d'un lieu élevé. Il dit avoir fait 7 ans de service militaire et la campagne de 1870, qui l'a beaucoup fatigué. Pendant son service militaire il ne contracte ni blennorrhagie, ni chancre. Marié à 31 ans, il a eu une fille actuellement bien portante.

Quelques semaines après son chancre induré, il aurait eu des rougeurs nombreuses sur la peau.

A son entrée à l'hôpital, sa température est de 40° le soir, de 39°5 le matin.

Treitement. — Régime lacté absolu, frictions mercurielles, iodure de potassium à doses progressives, gargarismes, attouchements à l'iodoforme, emplâtre de Vigo sur ethyma.

Le 15 avril, les urines sont un peu moins foncées. Quantité, 1 litre environ, contenant 7 grammes d'albumine. Somnolence et maux de tête moins violents.

Le 20, la gorge est beaucoup moins tuméfiée, recouverte de larges ulcérations superficielles, grisâtres, les croûtes de l'ecthyma sont tombées et laissent à leur place des ulcérations. Celle de la main droite est profonde, très étendue, à bords assez nets, entourés d'une aréole rouge sombre, à fond un peu grisâtre.

L'œdème a disparu. La peau du malade est flasque, ridée, sèche. Il prétend avoir beaucoup maigri. Il se tient avec assez de difficulté sur ses jambes. Il dit avoir beaucoup changé et vieilli depuis quelques mois.

1^{er} mai. Sous l'influence du régime et du traitement le malade reprend des forces. Ses urines contiennent beaucoup moins d'albumine. Les amygdales sont revenues à leur volume normal et ne présentent plus d'ulcérations. Les ulcérations sont cicatrisées.

Le 15. Nouvelle poussée de plaques muqueuses dans la gorge, à forme ulcéreuse. Elles s'annoncent par des douleurs à la déglutition, moins vives qu'à son entrée. Il n'y a pas de mouvement fébrile marqué. A l'examen de la bouche et de la gorge, on constate des plaques ulcéreuses des lèvres, des joues et des amygdales. Les plaques des amygdales acquièrent rapidement une étendue considérable. Elles recouvrent de chaque côté les piliers antérieurs, les amygdales et, à gauche, empiètent sur la base de la luette. Elles sont irrégulièrement circulaires, taillées à pic. Le fond est recouvert d'enduit grisâtre. Les piliers antérieurs, le gauche surtout, sont profondément détruits.

Urines contiennent peu d'albumine.

Traitement. — Deux et bientôt 3 pilules de protoiodure. Des attouchements à l'iodoforme sont régulièrement faits. Gargarismes astringents. Soins de propreté.

Elles se modifient lentement. Le 1^{er} juin les plaques des lèvres et des joues retrocèdent et se cicatrisent vers le 4 et le 5 juin.

A cette date, les plaques muqueuses des amygdales sont encore

étendues, recouvertes d'un enduit grisâtre. A gauche, le pilier antérieur a beaucoup souffert. Il est ulcéré profondément.

Le malade va bien par ailleurs. Il supporte bien son lait. Les forces reviennent. Il n'y a plus de bouffissure du visage, ni trace d'œdème. Les urines restent foncées; elles contiennent peu d'albumine. Quantité : 1200 à 1500 grammes.

Régime lacté, 3 pilules de protoiodure, attouchements à l'iodoforme.

Le 10 juin, chute de l'enduit grisâtre, qui recouvre l'amygdale droite; la cicatrisation ne tarde pas à se faire.

Le 12, l'amygdale gauche se déterge. Ulcération irrégulièrement circulaire, nettement taillée à pic; surface rougeâtre, granuleuse; profondeur difficile à apprécier. Diamètre, 2 centimètres environ. Les jours suivants, retrait de l'ulcération et cicatrisation complète.

Le 20, six ventouses scarifiées sur la région lombaire.

Le 21, le malade se sent bien; les forces lui reviennent; léger nuage d'albumine. M. le Dr Raymond permet de joindre quelques aliments au lait; 3 pilules de protoiodure.

Le 30. A peine quelques traces d'albumine dans les urines. Le malade a l'aspect bon. Nous ne trouvons rien à signaler du côté du cœur, ni des poumons.

Traitement. — Trois pilules de protoiodure.

Cette observation est remarquable par les caractères gangréneux et ulcéreux qu'ont présentés les plaques muqueuses de la gorge.

La première poussée prend des allures graves, son début est bruyant, au point de simuler une angine phlegmoneuse. Elle se modifie assez rapidement sous l'influence du traitement.

La seconde poussée est moins bruyante, mais rebelle au traitement.

Nous devons aussi signaler l'apparition précoce de l'ecthyma, l'aspect particulièrement grave qu'il revêt, l'intensité de la roséole et les doses élevées de mercure prises par le malade, sans qu'il y ait eu le moindre accident ou une aggravation de l'albuminurie, qui, au contraire, s'est modifiée rapidement sous l'influence des ventouses scarifiées et du régime lacté absolu.

OBSERVATION III.

Publiée par M. le Dr Raymond dans la clinique médicale de la Charité de M. Vulpian (1879).

Néphrite parenchymateuse aiguë. — Syphilis ancienne. — Modification rapide des ulcérations que portait le malade sous l'influence de l'albuminurie.

Le nommé G..., 26 ans, chauffeur, entre le 13 avril 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 26.

Antécédents. — Cet homme, âgé de 26 ans, chauffeur de machine à vapeur, dit n'avoir jamais eu de maladies graves dans son enfance. Rien à noter du côté des parents.

A 16 ans, chancre induré. Traitement mercuriel que le malade ne suit pas avec persévérance. Quelques temps après, apparition de taches rouges sur tout le corps, croûtes dans les cheveux, maux de gorge, plaques muqueuses très douloureuse de la bouche. En 1870, apparaît sur l'abdomen, les bras et les jambes, etc., une éruption de boutons, laissant des croûtes brunâtres, puis des ulcérations, taillées à pic. Ecthyma vraisemblablement.

Cette éruption, après deux mois, laisse des cicatrices dont il porte encore les traces. Le malade ne semble pas avoir subi de traitement.

Pendant son service militaire, il boit beaucoup de vin et d'eau-de-vie; cependant il se porte bien, n'a pas de pituites le matin.

Il y a trois mois, une voiture lui passa sur le côté gauche du corps, en faisant à l'avant-bras gauche, et à la partie latérale gauche du thorax, des plaies qui ne tardèrent pas à prendre un aspect ulcéreux. Crachements de sang répétés, séjour au lit pendant trois semaines. Pas de nouvelles hémoptysies, le malade reprend son travail. Il y a quinze jours, G..., après avoir eu très chaud en chauffant la machine à vapeur, but une assez grande quantité d'eau froide. Il fut bientôt pris de douleurs vives dans les reins, surtout à gauche, de céphalalgie, de troubles de la vue, de pertes d'appétit, de soif vive, de vomissements, de diarrhée. Son visage et ses sclérotiques devinrent jaunâtres.

Depuis lors, G... garde le lit ; les douleurs dans les reins continuent. Nouveaux crachements de sang répétés ; épistaxis. Il y a dix jours, œdème ; bientôt l'œdème s'étend à toute la face, aux jambes, au scrotum, à l'abdomen, aux mains.

L'urine était peu abondante et très foncée.

Le 13 avril 1877, il entre à l'hôpital.

État actuel. Aspect cachectique. La peau présente une teinte jaunâtre. En différents points du visage, on constate des cicatrices rondes, blanches, lisses, de son ancienne éruption.

Sur l'avant-bras gauche et la partie gauche du thorax et de l'abdomen se trouvent des plaies ulcéreuses, peu profondes, très étendues, de formes irrégulièrement circulaires, à fond recouvert d'une couche grisâtre et ecchymotique. Ces plaies ont eu pour origine l'accident dont G... a été victime, il y a trois mois, et sont devenues ulcéreuses à cause du tempérament syphilitique du sujet.

Les parois de l'abdomen sont considérablement œdématisées : les membres inférieurs, la verge et le scrotum sont le siège d'un œdème considérable. Les mains, les bras, sont tuméfiées. Il en est de même des parois thoraciques. L'auscultation donne quelques râles dans les poumons ; rien du côté du cœur. Foie volumineux, rate normale. Appétit nul, soif vive. diarrhée abondante. Céphalalgie, épistaxis. Urine peu abondante, très chargée en albumine.

Traitement. — Régime lacté, 8 ventouses scarifiées sur les reins; julep avec tannin, 1 gramme; sirop de Gibert.

Les jours suivants la diarrhée devient plus abondante; le malade a des vomissements, de la dyspnée, des troubles nerveux et, entré le 13 avril, il succombe à des accidents urémiques gastro-intestinaux, dyspnéiques et nerveux, le 3 mai 1877.

A l'autopsie on trouve des reins volumineux, présentant à l'œil et au microscope toutes les lésions de la néphrite parenchymateuse aigue.

Nous relevons cette observation, non à cause des accidents graves et rapidement mortels d'urémie qu'à présentés le malade, mais à cause des modifications apportées par l'albuminurie aux plaies que portait le malade. Sous cette influence, en effet, nous les voyons changer rapidement d'aspect. Elles deviennent grisâtres, noirâtres par place. Il se fait des ruptures vasculaires et des ecchymoses.

OBSERVATION IV (inédite).

Albuminurie. — Syphilis secondaire grave. — Accidents cérébraux précoces.

Po..., âgée de 32 ans, entre à l'Hôtel-Dieu (Rennes), salle Sainte-Anne, lit n° 15, le 4 octobre 1883.

Antécédents héréditaires nuls. — Père et mère morts d'accidents aigus à un âge avancé. Pas d'antécédents personnels. Aucun signe de strume, pas de trace de rachitisme. Jamais de rhumatisme. Négation d'habitudes alcooliques.

Mariée à 18 ans, elle a eu deux enfants à terme et deux fausses couches. Ses grossesses à terme n'ont rien présenté d'irrégulier. Les accouchements furent normaux; pas d'accidents pendant le travail, ni pendant la délivrance.

A son entrée à l'hôpital, tous les signes d'une grossesse, arrivée

au septième mois et demi environ, sont constatés. L'utérus remonte à trois bons travers de doigts au-dessous de l'ombilic. L'auscultation fait entendre les bruits du cœur à gauche de la ligne médiane. La femme Po... sent son enfant remuer. Le col est ramolli dans une assez grande étendue, en entonnoir. Les bords présentent des divisions; on n'arrive pas sur l'orifice interne. La partie fœtale qui se présente est difficile à déterminer. Le bassin n'offre pas de rétrécissement appréciable. Il n'y a eu ni perte d'eau, ni de sang.

Depuis quelques semaines la femme Po... s'aperçoit que, le matin surtout, les paupières sont tuméfiées et son visage bouffi. Le soir, œdème des jambes. Céphalalgies fréquentes. Vertiges. Troubles de la vue.

Vomissements glaireux et alimentaires. Garde-robes faciles. La percussion de la poitrine ne donne rien d'anormal. L'auscultation donne quelques râles muqueux disséminés. Toux rare, peu d'expectoration. Cœur sain, bruits réguliers.

Urines peu abondantes, légèrement foncées, donnant par la chaleur et l'acide nitrique un précipité abondant d'albumine. Quantité non dosée.

Traitement. — Lait coupé avec de l'eau de Vichy artificielle. Glace contre vomissements. Ventouses sèches sur la région lombaire.

Amélioration. — Cessation des vomissements, urines plus abondantes. Céphalalgies moins vives et bientôt disparaissent. La grossesse continue son cours.

Un mois après, la femme Po... est rappelée en ville. Les urines restent albumineuses. L'œdème a disparu.

Accouchement, fin de novembre. Expulsion rapide du fœtus, sans accidents. Délivrance laborieuse; hémorrhagie sérieuse; une attaque légère d'éclampsie. Suites de couches heureuses; pas de nouvelles hémorrhagies; pas de nouvelles convulsions.

Ce tableau de l'accouchement, de la délivrance et des suites de couches est dressé d'après les renseignements fournis par la malade.

Le 20 mars 1884, rentrée à l'hôpital, salle Sainte-Madeleine. La femme Po... présente un aspect légèrement jaunâtre. Le visage n'est pas bouffi. Les paupières sont tuméfiées. Les mains, les jambes, les cuisses et les parois abdominales sont œdématisées. Pas de liquide appréciable dans le péritoine. Céphalalgie intense. Vertiges, troubles de la vision.

Appétit nul; envies de vomir; légère diarrhée; respiration plus fréquente qu'à l'état normal; rien à la percussion; râles muqueux disséminés. Cœur sain; pas de bruits anormaux. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Rate normale.

Les urines sont très foncées, peu abondantes et donnent par les réactifs un précipité épais d'albumine.

Sur le corps on constate une éruption abondante, polymorphe, rouge foncée, formée de papules lenticulaires et nummulaires. Sur le dos existent des plaques synammeuses; sur les jambes et sur les bras, des croûtes noirâtres.

Cette éruption est indolente, n'occasionne aucune démangeaison, aucune cuisson; maux de gorge. La gorge est rouge. Sur les deux piliers antérieurs, plaques muqueuses; même éruption sur la lèvre inférieure. Ganglions cervicaux engorgés. Ils sont durs, indolents.

Aux aines, ganglions engorgés, indolents, multiples. Sur les parties génitales, éruptions assez abondantes de plaques muqueuses érosives. Accident primitif impossible à trouver.

Traitement. — Régime lacté. Ventouses sèches sur la région lombaire. Une pilule de protoiodure de 0,05 centigrammes. Iodure de potassium, 2 grammes. Gargarismes avec alun, 4 gr. Lavages fréquents des parties génitales et cautérisation au nitrate d'argent.

La céphalalgie diminue; pas de modification de l'œdème. La respiration devient plus difficile. L'inspiration est pénible, légèrement sifflante; l'expiration est relativement facile. Sensation de corps étrangers à la gorge. Il y a de la toux. La voix est sourde. Les replis aryéno-épiglottiques sont rouges et tuméfiés.

Régime lacté; une pilule de protoiodure 0,05 centigrammes.

Eau-de-vie allemande, 20 grammes. Vésicatoire sur le devant du cou. Deux jours après, sulfate de soude, 40 grammes.

Amélioration. — La respiration devient peu à peu plus facile et silencieuse et tout rentre dans l'ordre.

Le 1^{er} mai, les urines sont plus abondantes, encore riches en albumine. L'œdème tend à disparaître. Les éruptions syphilitiques disparaissent lentement. Les plaques muqueuses ont cédé sous l'influence du traitement.

Liqueur de Van Swieten; lait.

En juin la malade est fatiguée du traitement mercuriel. Suspension du mercure; poussée de syphilides pustuleuses. Reprise du traitement; salivation vers la fin de juin, qui cède facilement au chlorate de potasse. Quelques pustules d'ecthyma. Le traitement est rétabli sans nouvel incident.

En septembre, diminution considérable de l'albumine dans les urines. Plus de syphilides. La malade sort avec la recommandation de suivre son traitement.

En décembre, la femme Po... se présente à la consultation externe de l'hôpital. Après de la céphalalgie, des vertiges et des engourdissements passagers, elle a senti de la faiblesse dans tout le côté droit du corps. Cette parésie plus accentuée dans les membres qu'à la figure est venue sans perte de connaissance, peu à peu. Il n'y a pas d'altération de la sensibilité. Caractère assez bizarre; mélancolie; pleurs assez faciles.

Traitement. — Deux pilules de protoiodure Iodure, de potassium.

Amélioration. — Les forces reviennent peu à peu dans les membres et la déviation légère de la face disparaît. Les urines restent albumineuses. Le traitement mixte est continué.

Nous assistons dans cette observation à l'apparition d'accidents secondaires graves. Ils sont intenses, modifiés dans leur objectivité, multiples. La malade présente à la fois des syphilides papuleuses lenticulaires, nummulaires et en nappes squameuses, des syphilides pustuleuses et des syphilides muqueuses. Ces modifications se modifient lentement sous l'influence du trai-

tement spécifique. De nouvelles poussées d'ecthyma apparaissent aux deux suspensions du mercure, faites l'une, parce que la malade était fatiguée, l'autre à cause de la salivation.

A un âge peu avancé de la diathèse, au onzième mois environ, les centres nerveux sont touchés. La malade a de la parésie de toute la moitié droite du corps.

Enfin nous ferons remarquer que l'albuminurie ne souffre nullement du traitement spécifique et que, malgré sa longue durée, nous ne pouvons signaler qu'une légère salivation qui ne s'est pas reproduite dans la suite.

OBSERVATION V.

Publiée dans la thèse de M. Cohadon, et communiquée par Cettinger, interne des hôpitaux.

By..., journalier, âgé de 42 ans, entré le 25 avril 1881, hôpital Laennec, salle Maldaigne, n° 19.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il y a 18 mois environ, blennorrhagie aiguë; quant à la syphilis dont on constate actuellement les traces manifestes, on ne peut en trouver l'origine. Le malade ne donne à ce sujet aucun renseignement; aurait-elle débuté en même temps que la blennorrhagie?

Il y a deux mois, éruption confluyente de syphilides papuleuses sur tout le corps; pas de traitement. Le malade est entré à l'hôpital pour une tuméfaction du genou gauche produite par une chute et en examinant aussi les urines, on a trouvé une quantité considérable d'albumine, pas d'œdème.

Le 27 avril, cystite à la suite du vésicatoire appliquée sur le genou et qui a disparu le lendemain. Protoiodure de mercure. A la suite de l'apparition des syphilides cutanées, les cheveux sont tombés abondamment.

Dans cette observation, il est difficile de remonter à l'origine de la syphilis et de l'albuminurie. Mais il est

possible que l'albuminurie ait eu pour cause la blennorrhagie, tandis qu'il est moins probable que l'accident primitif ait évolué à cette époque. Aussi pensons-nous que l'on peut attribuer à l'existence de l'albumine dans les urines, l'intensité et la confluence de l'éruption papuleuse.

OBSERVATION VI.

Publiée dans la thèse de Négel et prise par M. le Dr Rémy, pendant son internat à l'hôpital Temporaire.

X..., âgé de 20 ans, journalier (employé à des travaux pénibles), entre à l'hôpital Temporaire, service de M. Duguet, salle Sainte-Anne, le 28 juin 1877. Ce jeune homme, très fatigué, accuse avoir eu un ganglion presternodial gauche, très volumineux, qui lui fut enlevé, il y a deux mois, par une opération chirurgicale. Le ganglion était dur, mais ne renfermait pas d'abcès. Depuis plusieurs jours ce malade a vu ses jambes enfler et actuellement l'œdème remonte à la ceinture, occupant les bourses c'est un œdème blanc et mou; les mains sont empâtées; la vue est nette. L'urine est rare et contient beaucoup d'albumine; il n'y a ni troubles digestifs, ni céphalée; pas d'hypertrophie cardiaque, ni palpitations.

Ce malade présente diverses éruptions syphilitiques de la période secondaire : 1° une roséole très pâle, visible sur les bras et sur les jambes; 2° des rougeurs circonscrites sur le bas ventre; 3° une plaque muqueuse des lèvres; 4° une plaque rouge circonscrite sur le voile du palais; 5° ses cheveux tombent. On donne le sirop de Gibert comme traitement.

Le 31 juin, l'éruption est modifiée, elle est devenue d'un rouge brun et se trouve constituée d'anneaux surélevés de forme serpigineuse qui remplacent la roséole. On observe des papules aux avant-bras et des vésicules sur la paume des mains; il a le nez enchifrené et la voix enrrouée, ce qu'on attribue à l'iodisme.

Les urines contiennent du sang. L'œdème du scrotum détermine la production de vésicules dans cette région et les plis des linges déterminent des ulcérations à l'anus.

Le 10 juillet, toutes les parties, qui frottent sur les draps, portent des bulbes volumineuses de pemphigus. Il y a de l'ecthyma du nez et les oreilles coulent. Sous l'influence du repos, les jambes commencent à désenfler et l'ascite, qui avait compliqué la maladie, disparaît. L'œdème avait été si considérable que la peau des cuisses présentait des vergetures; la quantité des urines a augmenté un peu (2 litres); elles sont d'un rouge vif; au microscope, pas de globules; donc la coloration est due à la matière colorante du sang. L'urine renferme des cylindres hyalins, dont les uns avec des globules blancs, et d'autres sont granuleux.

Quelques jours après il survient du rupia aux coudes et aux genoux. Une plaque rouge surélevée, s'étendit sur une partie du bas ventre et sur les organes génitaux en remontant du côté des aines. Le malade, de plus en plus épuisé, succomba le 2 août, et à l'autopsie on trouva le gros rein blanc. Les pièces destinées à l'examen microscopique furent égarées.

L'observation de M. Rémy est pleine d'intérêt pour notre sujet. Elle nous montre un malade atteint d'albuminurie grave, dont la terminaison est la mort et dont la nature est donnée par l'autopsie (gros rein blanc). Ce malade est en même temps syphilitique. La syphilis semble avoir débuté. Elle a été probablement la cause principale de la néphrite parenchymateuse. Mais ne devons-nous voir dans cette observation que l'influence de la syphilis sur la lésion du rein? L'albuminurie une fois constituée a-t-elle été sans influence sur les manifestations syphilitiques? Ne pouvons-nous lui demander la raison de leur intensité, de leur gravité, de leur mul-

tiplicité, de leur rapide apparition et enfin de leur facile transformation? Les forces du malade ont décliné très rapidement. Il est arrivé très vite à la cachexie et nous pensons que, dans les phénomènes qu'a présentés ce sujet, il n'y a pas eu simple coïncidence, mais aussi relation de cause à effet, et que l'on doit accuser l'albuminurie de la gravité des déterminations syphilitiques.

OBSERVATION VII.

(Extraite du travail de Wagnër, 1882.)

Un homme, âgé de 39 ans, souffrant depuis sa jeunesse : à 18 ans, il a eu un chancre sans accidents secondaires consécutifs; mais depuis il a eu quelques douleurs dans les articulations et il est enrôué de temps en temps, depuis 1859. En 1877, le malade eut un second chancre avec des bubons ulcérés. A la même époque, il eut des hémoptysies et l'haleine un peu courte.

Le 27 mars 1878. Roséole syphilitique généralisée; pas d'œdème, un léger catarrhe chronique du nez et de la gorge; enrôuement continuél, toux assez fréquente.

Urines diminuées de quantité, troubles et de couleur jaune verdâtre foncée. Albumine en petite quantité. Les semaines suivantes, la quantité des urines varie entre 900 à 1200 grammes par vingt-quatre heures; densité entre 1014 et 1010 et toujours petite quantité d'albumine. De temps en temps et pendant plusieurs jours, les urines sont d'un rouge sale et laissant un sédiment énorme, qui contient beaucoup de globules rouges et peu de blancs. Il y a çà et là des cylindres hyalins qui renferment des cellules épithéliales et des globules rouges et quelques-uns des cellules graisseuses.

L'iritis pour lequel il a été longtemps traité par le sublimé dans une clinique d'ophtalmologie est en état de guérison. Traitement par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles.

19 avril. Douleurs dans plusieurs jointures avec rougeur, gonflement et fièvre modérée (acide salicylique). On suspend le traitement spécifique.

Le 22, les douleurs ont disparu, on recommence les frictions mercurielles.

6 mai, conjonctivite intense.

Le 10, salivation, urines très colorées avec dépôt.

Le 15, même état.

Le 18, urines moins colorées.

Le 19, on trouve dans les urines peu d'albumine, peu de globules rouges et de cylindres.

11 juin, iritis aussi intense qu'auparavant.

Au mois de juillet, même état qu'au mois de mai. Dans cet état le malade sort au mois de novembre. Les urines sont un peu rouges.

Depuis la fin du mois de février 1879, le malade est plus faible. Il a de l'iritis et la toux est plus intense. Il entre à l'hôpital le 22 avril 1879. En général, son état est comme à sa première entrée. Il présente un emphysème léger, des signes de bronchite, de l'induration au sommet gauche.

Pas d'œdème. Les urines sont troubles et contiennent 1/8 vol. d'albumine. Dans le dépôt du fond du vase, on trouve beaucoup de globules rouges, des globules blancs et des cylindres contenant des cellules épithéliales et des globules rouges.

Au mois de mai, albumine 1/15 — à 1/20 vol. Les urines de la nuit sont plus claires que celles du jour, qui sont plus foncées.

Au commencement du mois d'août, conjonctivite, qui dure plusieurs jours, et iritis. A la fin de septembre : dysenterie légère pendant deux semaines. Le malade reste debout presque continuellement, pas d'œdème, même état pour les urines.

Depuis le 7 avril 1880 le malade a eu tous les jours des vomissements jusqu'au 30 avril.

Depuis le 7 mai, la quantité des urines se trouve à 900 grammes.

Depuis le 9, faiblesse du pouls qui est petit, céphalalgie modérée, oppression.

Le 10 mai. Le malade a du délire.

Le 12, respiration lente et le 13 et 14 somnolence, puis mort.

Cette observation nous montre un malade albuminurique, en puissance de syphilis. Il présente dès le début des accidents graves du côté de la conjonctive et de l'iris, nécessitant un long traitement au sublimé dans une Clinique d'ophtalmologie. Il était à peine guéri de son affection oculaire qu'il voit apparaître la roséole. Malgré un traitement énergique et sagement combiné, il a, dans l'espace de moins de trois ans, trois récurrences d'iritis et deux conjonctivites. Ici, encore, comme dans plusieurs de nos observations, nous assistons à l'apparition précoce d'accidents secondaires habituellement très tardifs. Ces accidents sont d'une grande intensité, tenaces et résistent au traitement spécifique.

CHAPITRE III

SYMPTOMES DE GRAVITÉ DE LA SYPHILIS CHEZ LES ALBUMINURIQUES. — PATHOGÉNIE.

Les manifestations, qui composent la syphilis consécutive, sont essentiellement multiples et variées de formes, de caractères et de localisations. Elles se montrent à des époques différentes de la diathèse ; mais elles n'apparaissent pas indistinctement, au hasard, dès que la carrière leur est ouverte, dès que la période intercalaire

qui sépare le chancre des accidents généraux se trouve épuisée.

C'est ainsi que la syphilis secondaire ne débute pas indifféremment par une roséole ou une périostite, par une papule ou une gomme. Son évolution est soumise, au contraire, à une véritable méthode chronologique. Ses manifestations ont leur temps marqué et leur date propre. De ces accidents, les uns ont pour caractère de succéder au chancre à bref délai, à courte échéance, dès les premiers mois de la maladie; d'autres ne viennent qu'à la suite de ceux-là et ne font guère leur apparition que vers la fin de la première année ou dans le cours de la seconde; d'autres enfin ferment la marche et ne se produisent qu'à un âge avancé de la diathèse, lorsque la maladie a vieilli, lorsqu'elle a plusieurs années d'existence.

Cette régularité dans la date d'apparition des manifestations de la syphilis, s'observe surtout dans les syphilis légères et de moyenne intensité. Dans ces formes, chaque éruption est habituellement peu intense et souvent constituée par un seul type de syphilitiques. Les poussées sont généralement peu nombreuses et se font à de longs intervalles. Bon nombre de ces syphilitiques privilégiés ne présentent des accidents secondaires que les formes érythémateuses et papuleuses. Les formes pustuleuses et bulleuses les épargnent et avec un traitement de quelques mois ils font taire la diathèse pendant de longues années.

Mais, à côté de ces syphilis bénignes, il en est d'autres, qui sont plus graves, nous dirons même très graves,

excessivement graves. Dès le début elles s'annoncent avec fracas. Leurs manifestations sont multiples, confluentes et subintrantes. Très rapidement on voit apparaître des syphilides habituellement tardives, et il est possible de rencontrer, chez le même sujet, des accidents secondaires en pleine évolution et des gommages dont les unes sont encore au début de leur évolution, tandis que les autres sont déjà ramollies et ulcérées.

Ce qui nous a surtout frappé en relevant nos observations, c'est la ressemblance qui semble exister entre ces formes intenses et graves de la syphilis et celles qu'ont présentées nos malades albuminuriques. Nous les voyons, en effet, sévèrement touchés par la diathèse; nous les voyons rudement malmenés par cette créancière et nous assistons à une série non interrompue de manifestations, dont chacune revêt un cachet spécial de gravité.

Nous ne ferons que mentionner l'accident primitif. Nous ne savons pas s'il a été modifié dans ses allures. Nous ignorons s'il a été retardé dans sa cicatrisation. Dans aucun cas, toutefois, il n'a présenté cette redoutable complication, qui s'appelle le phagédénisme.

Quant à la gravité des différents phénomènes qui, chez nos malades albuminuriques, ont constitué la syphilis consécutive, elle s'est traduite de plusieurs façons. Nous citerons tout d'abord l'intensité des éruptions cutanées et muqueuses. Que nous examinions, en effet, les manifestations érythémateuses ou papuleuses de la période secondaire, que nous passions en revue ses formes sèches ou humides, nous les voyons se montrer

nombreuses, cohérentes et même parfois confluentes. La roséole est intense, disent la plupart des observations. Les taches érythémateuses, au lieu d'être séparées par de larges intervalles de peau saine, comme c'est l'habitude dans les syphilis légères, sont agglomérées, forment des groupes étendus et n'épargnent qu'une petite surface de l'enveloppe cutanée.

Les syphilides papuleuses présentent les mêmes caractères que les formes simplement congestives. Dans les syphilis, que l'on observe le plus ordinairement, les papules sont rares, disséminées, éparpillées çà et là et disséminées sur tout le corps. Il est même assez fréquent de ne compter qu'un nombre très restreint de ces éléments éruptifs. Certains sujets en sont quitte pour 150 ou 200 papules. D'autres moins favorisés en présentent un plus grand nombre. Mais dans ces cas, chaque papule reste toujours isolée et l'éruption ne recouvre qu'une partie fort minime de la peau.

Chez nos malades, principalement ceux des observations IV et V, les manifestations papuleuses se sont présentées sous un aspect bien différent ; et non-seulement leur intensité a été insolite, mais elles ont encore été modifiées dans leur forme objective.

Ainsi les papules ne sont plus disséminées, ni dissociées, mais très rapprochées, presque confluentes par places, réunies et agglomérées dans d'autres départements, de façon à constituer de véritables nappes, de véritables placards éruptifs, assez semblables à certaines formes malignes de dermatoses vulgaires, notamment à celle qui a été décrite sous le nom d'herpétide maligne.

Il ne s'agissait plus de papules lenticulaires, type le plus habituel des syphilis bénignes, mais de papules très étendues, nummulaires d'abord, continuant ensuite à s'étendre, se confondant par leurs bords et finissant par occuper de larges surfaces.

Ces syphilides se sont, en outre, montrées abondamment squameuses. Leur surface rouge sombre, recouverte de squames abondantes, leur donnait un faux air de psoriasis. Mais, sans parler des autres caractères différentiels, des papules lenticulaires et nummulaires entouraient les nappes papulo-squameuses et semblaient placées là comme à dessein pour éclairer le diagnostic de la lésion principale et empêcher toute erreur.

Nous ne nous étendrons point sur l'intensité des syphides muqueuses et des autres manifestations humides de la période secondaire de la syphilis. Ayant l'intention de revenir sur quelques caractères particuliers des plaques muqueuses, nous noterons simplement ici leur confluence chez plusieurs de nos malades. Quant aux syphilides pustuleuses et bulleuses, elles se sont montrées dissiminées ; mais leur présence constitue par elle-même un symptôme de gravité et doit être signalée.

Nous allons aborder un autre caractère de gravité des manifestations cutanées de la syphilis chez nos malades albuminuriques. Cet autre caractère de gravité est constitué par la multiplicité des éruptions.

Nous observons, en effet, chez bon nombre de nos sujets, une syphilis toujours en action. Ses déterminations sont incessantes, presque subintrantes. Une poussée

ne disparaît que pour être remplacée par une nouvelle. La diathèse est toujours en éveil. Elle ne suspend ses manifestations que pour de courts intervalles.

Il est même des cas où la syphilis n'a pas de repos, et où elle accumule les éruptions. Celles-ci n'ont pas le temps de disparaître qu'une nouvelle s'est déjà montrée. Le malade de M. Rémy en est une preuve manifeste. A son entrée à l'hôpital, il présente une roséole très pâle, visible sur les bras et sur les jambes, des rougeurs circinées sur le bas-ventre, une plaque muqueuse des lèvres et une couronne de plaques à l'anus, une plaque rouge circinée sur le voile du palais, enfin ses cheveux tombent. Trois jours plus tard la roséole est remplacée par des anneaux surélevés de forme serpiginieuse ; des papules se montrent aux avant-bras, et des vésicules à la paume des mains. Malgré ces manifestations nombreuses et simultanées, la maladie ne suspend pas ses coups. Dix jours se sont à peine écoulés que nous assistons à une éruption abondante de pemphigus et d'ecthyma, et comme si la diathèse voulait montrer que ses ressources ne sont pas épuisées, nous voyons apparaître quelques jours après des bullés de rupia aux genoux et aux coudes.

A cette observation de M. Rémy, nous pouvons joindre la malade de l'observation IV. Chez elle également, la syphilis s'est montrée à jet continu. Les poussées ont été incessantes et avant tout traitement il était possible de compter plusieurs éruptions distinctes, appartenant à des types éruptifs différents.

Nous n'avons point besoin de nous arrêter à comparer

ces observations à ce qui se passe le plus ordinairement dans les syphilis légères et de moyenne intensité. Les faits parlent suffisamment par eux-mêmes et ne demandent point de commentaires. Dans les syphilis bénignes, en effet, les éruptions sont habituellement peu nombreuses et le plus souvent séparées par de longs intervalles ; chez nos malades, au contraire, nous assistons à des poussées fréquentes et nous voyons des éruptions multiples exister simultanément.

Maintenant, nous dirons quelques mots sur les rougeurs circonscrites qu'a présentées notre malade de l'observation VI. Nous ne donnerons point cette forme d'éruption comme un symptôme de gravité, mais plutôt comme une apparition précoce de phénomènes habituellement assez tardifs. Les rougeurs circonscrites, sans élevures à la peau, constituent, en effet, un type de roséole, dite roséole circonscrite. Ce type éruptif, que nous constatons chez ce malade, en même temps que la roséole commune, au début de la maladie, ne se manifeste en général qu'à une époque éloignée de l'infection, vers la fin de la première année, dans le cours de la seconde ou de la troisième. Quelquefois même, lorsque l'individu est bien traité, il apparaît beaucoup plus tardivement.

Mais à côté de cette manifestation bénigne, il en est d'autres qui n'ont point épargné nos malades. Plusieurs, en effet, ont réalisé prématurément des types graves de syphilides humides et des accidents sérieux de la période, dite de transition.

Les personnes lymphatiques, blondes, à chairs flasques, à constitution molle, sont les plus prédisposées aux manifestations pustulo-croûteuses de la période secondaire de la syphilis. Il est même assez fréquent de voir ces sujets présenter dès les premières semaines de l'infection des éruptions humides. Si le tronc, les membres et la face sont indemnes, il n'en est pas toujours ainsi du cuir chevelu, de la nuque et de la ligne d'implantation des cheveux. Là, en effet, sont les lieux de prédilection des pustulo-croûtes dont sont affectés ces individus.

Mais ces syphilides appartiennent habituellement aux types acnéiforme ou impétigineux. Il s'agit de manifestations assez bénignes faciles à guérir et ne comportant pas dans l'avenir une signification pronostique menaçante. Ses autres formes pustuleuses et bulleuses sont, en effet, rarement aussi rapides dans leur apparition. Elles constituent des accidents tardifs de la période secondaire. Elles apparaissent ordinairement vers la fin de la première année ou beaucoup plus tard, et souvent elles ne se montrent pas du tout. C'est qu'elles ont besoin, pour éclore, d'un terrain spécial. Il est rare de rencontrer de l'ecthyma ou du rupia chez un individu vigoureux, qui n'a pas négligé sa syphilis. Ces manifestations témoignent en général d'un tempérament appauvri, d'une détérioration plus ou moins accusée de l'organisme. Ce sont des formes d'accidents qu'on observe surtout chez les sujets débilités, et débilités soit antérieurement à la contagion, soit consécutivement par le fait même de la syphilis ou par le fait de la misère, de

privations, de veilles, de chagrin, de débauche, de diathèses acquises ou héréditaires.

Aussi l'ecthyma, le pemphigus et le rupia annoncent-ils habituellement une syphilis grave, déjà profondément enracinée, surtout lorsqu'ils apparaissent de bonne heure, dans les premiers mois de la maladie ? Ils sont un avertissement pour le médecin qui doit se tenir sur ses gardes et combattre énergiquement la diathèse, tout en tonifiant l'état général. C'est là, en effet, le seul moyen de relever les forces de l'intéressé et de lui permettre de soutenir une lutte dans laquelle il pourrait finir par succomber.

Si nous recherchons ces manifestations dans nos observations, nous les trouvons chez trois de nos malades. Ces éruptions se montrent à une époque peu éloignée de l'infection générale et se laissent difficilement enrayer par le traitement.

Le sujet de l'observation II, à son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire quelques mois après l'apparition du chancre, portait sur la face dorsale des mains des syphilides de ce genre. La main droite surtout présentait une énorme croûte d'ecthyma, qui avait succédé à une large pustule. Cette croûte brunâtre avait un diamètre supérieur à celui d'une pièce de cinq francs. Elle était accompagnée d'œdème et entourée d'une aréole rouge sombre. Sous l'influence du traitement interne et de l'application de l'emplâtre de Vigo, cette croûte tombe le 20 avril, cinq jours après l'entrée du malade, et laisse une ulcération profonde, irrégulièrement circulaire, à bords assez réguliers. La cicatrisation se fait lentement. Actuellement

elle est complète et la cicatrice mesure une longueur de trois centimètres sur une largeur de deux.

Les malades des observations IV et VI, ont également présenté des poussées d'ecthyma et de rupia. Ces manifestations se montrent tenaces et rebelles. Les poussées sont fréquentes et nombreuses. Nous avons déjà parlé du sujet de l'observation VI, lorsque nous avons traité de la multiplicité des éruptions. Nous assistons, chez lui, dans l'espace de vingt jours, à trois poussées d'ecthyma, de pemphigus et de rupia. Les bulles sont volumineuses ; les ulcérations sont étendues et laissent couler un suintement abondant. La mort rapide de cet individu ne nous permet pas de suivre longuement l'évolution de sa syphilis ; mais, chez notre malade de l'observation VI, nous voyons l'éruption ecthymateuse persister longtemps, se renouveler, coïncider avec d'autres déterminations graves de la syphilis et témoigner de la gravité pronostique des manifestations pustuleuses et bulleuses.

Les syphilides muqueuses méritent ainsi d'attirer notre attention. Elles ont présenté quelques caractères particuliers et intéressants. Elles ont constitué des accidents sérieux, graves et tenaces chez quelques-uns de nos sujets.

La forme la plus habituelle qu'affectent les plaques muqueuses est celle d'une érosion, tantôt absolument plate, tantôt papuleuse. De là deux variétés : les syphilides muqueuses érosives et les syphilides papulo-érosives.

Chez les individus sales, malpropres, vivant dans l'in-

curie, il est assez fréquent d'en observer une troisième variété, dite syphilide papulo-hypertrophique. Cette forme est un dérivé de la papule. Elle résulte de l'augmentation gigantesque d'une lésion papuleuse, aboutissant, par l'hypertrophie considérable de ses éléments, à constituer de véritables tumeurs.

Ces trois types sont facilement curables. Ils ne demandent qu'à rétrocéder. Les moindres soins de propreté et les cautérisations les plus légères les font entrer en résolution.

Mais, outre ces formes bénignes que nous pouvons observer chez tous les syphilitiques et même que nous observons presque uniquement, il est d'autres plus graves, plus rebelles et plus persistantes, exigeant, pour se réparer, une médication topique assez active, et en certains cas résistant opiniâtrement, pour un temps plus ou moins long, aux efforts de la thérapeutique la plus rationnelle (M. Fournier, leçons 1881).

Ces autres formes de manifestations muqueuses sont représentées par les syphilides muqueuses, gangréneuses et ulcéreuses. Ce sont des types rares, souvent tardifs et ne se montrant qu'à une époque avancée de la période secondaire. Elles annoncent généralement une vérole grave ou une santé fortement ébranlée, et coïncident le plus souvent avec d'autres éruptions à pronostic sévère.

Le malade, que nous avons eu occasion de suivre dans le service de notre maître, M. Raymond, nous a offert un type de ces syphilides muqueuses, gangréneuses et ulcéreuses. Ces manifestations ont pris chez lui un aspect spécial de gravité et de tenacité.

A son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 avril, il présentait des signes évidents d'albuminurie et de syphilis arrivée à la période secondaire; mais il appelait surtout l'attention sur la douleur qu'il éprouvait à la gorge. La déglutition était fort pénible, et la voix nasonnée. La bouche s'ouvrait difficilement. Les ganglions sous maxillaires étaient tuméfiés et formaient à droite une masse assez volumineuse. A ces symptômes s'ajoutaient une salivation abondante, une haleine fétide, un pouls fréquent et une température de 40° le soir, de 39°,4 le matin.

L'examen de la gorge fut fait avec soin, bien qu'il fût entouré de difficultés. Elle était rouge. Les amygdales étaient tuméfiées. Des plaques gris-brunâtres et noirâtres par places, les recouvraient. Cette teinte rappelait l'aspect des plaques gangréneuses de cette région.

La constatation de ces signes physiques éclaircissait la question du diagnostic. Si les signes rationnels permettaient de penser à l'angine phlegmoneuse, l'existence de ces plaques annonçant le sphacèle superficiel de la muqueuse, d'une part, la coïncidence de la syphilis d'autre part, redressait l'erreur. Il s'agissait de plaques muqueuses des amygdales à forme gangréneuse, ayant eu un début brusque, une marche bruyante et présentant une allure menaçante.

La thérapeutique, basée sur ce diagnostic, fut énergique. Le malade fut soumis aux frictions mercurielles. Il prit des doses progressives d'iodure de potassium, et se gargarisa dans la journée. Le régime lacté absolu fut également établi.

L'influence de cette médication ne se fit pas longtemps attendre. Le malade ne tarda pas à être soulagé. Le 20 avril, la bouche s'ouvrait plus facilement, et la déglutition était moins pénible. Les amygdales étaient moins tuméfiées. Elles étaient recouvertes de larges ulcérations blanchâtres, opalines, assez superficielles.

Les jours suivants, l'amélioration continua. Les amygdales revinrent à leur volume normal et les ulcérations commencèrent à perdre de leur étendue. Le 1^{er} mai, leur cicatrisation était complète. L'état général du malade était également plus satisfaisant et les urines contenaient peu d'albumine.

Ces modifications faisaient espérer que le malade serait à l'abri de nouvelles manifestations inquiétantes. Cette attente était d'autant plus fondée que l'intéressé prenait régulièrement son traitement et faisait ponctuellement tout ce qui lui était prescrit. Mais la syphilis n'avait pas renoncé à tout retour offensif. Le 15 mai, en effet, le malade se plaignit de nouveau de ne pouvoir avaler. La douleur, toutefois, était moins vive qu'à son entrée et ne s'accompagnait pas des autres symptômes alarmants. L'examen de la bouche et de la gorge fit constater une nouvelle poussée de plaques muqueuses. Sur les lèvres, sur la face interne des joues et sur les amygdales existaient des syphilides ulcéreuses dont la marche fut rapide; aux amygdales notamment, elles acquirent une étendue considérable. Les piliers antérieurs, une grande partie des amygdales et la base de la luette se trouvèrent envahis. Leur forme était irrégu-

lièrement circulaire; leurs bords, nets; leurs fonds, recouverts d'enduits grisâtres.

Cette nouvelle agression témoignait d'une façon évidente de la malignité de la syphilis chez cet homme et de sa tendance à porter ses coups du côté de la bouche et de la gorge. Au traitement spécifique, on joignit un traitement local. Il consista en gargarismes astringents et en attouchements à l'iodoforme. Malgré les soins les plus attentifs et les plus minutieux, la situation fut longue à se modifier; l'état restait stationnaire. Les plaques ulcéreuses des lèvres et des joues disparurent les premières. Leur cicatrisation se fit vers les premiers jours du mois de juin. A cette même date, les syphilides des amygdales persistaient. Celle de l'amygdale gauche notamment se montrait rebelle. Elle avait détruit une partie du pilier antérieur et empiétait sur la base de la luette.

Le 10 juin, l'enduit blanchâtre, qui recouvrait l'ulcération de l'amygdale droite, était tombé et la cicatrisation n'allait pas tarder à se faire. Le 12, l'amygdale gauche se déterge. L'ulcération se montre dans toute sa netteté. Ses bords sont nettement taillés, irrégulièrement circulaires. Sa surface est rougeâtre, légèrement granuleuse. Il est difficile d'en apprécier la profondeur. Son diamètre mesure environ 2 centimètres.

Les jours suivants, le retrait de l'ulcération s'accroît; la cicatrisation marche avec rapidité, et, le 20 juin, toute trace de syphilides ulcéreuses avait disparu. Une cicatrice assez étendue recouvre l'amygdale gauche.

Nous nous sommes étendu assez longuement sur ces

variétés de syphilides muqueuses de la syphilis. Nous tenions à montrer leur gravité chez notre albuminurique, leur début brusque, leur marche menaçante et leur aspect trompeur, au point de simuler un phlegmon amygdalien, lorsqu'elles siègent à la gorge. Nous tenions aussi à mettre en évidence leur tenacité. Comme nous le disions plus haut, elles résistent au traitement le mieux entendu. Elles ne cèdent que difficilement ; et ce caractère les différencie d'une autre variété de plaques muqueuses ulcéreuses, les syphilides papulo-ulcéreuses. Nous en avons eu un exemple chez notre malade de l'observation I. Elle présenta, à la vulve, quelques plaques papuleuses qui s'ulcérèrent ; mais ces ulcérations rétrocédèrent rapidement et guérirent sans difficulté. Elles ne se montrèrent nullement rebelles. Enfin, avant de quitter ce passage important de notre travail, nous ferons remarquer que ces manifestations, dites habituellement tardives, sont apparues de bonne heure chez notre sujet, à une époque peu éloignée de l'infection générale. Il n'était qu'au cinquième mois de sa syphilis.

Il est un troisième accident, que nous observons chez l'un de nos malades et que nous devons citer à cause de son apparition précoce et de ses nombreuses récurrences. Nous voulons parler de l'iritis.

L'iritis syphilitique constitue une manifestation habituellement assez tardive de la période secondaire. Aussi l'a-t-on rangé parmi les accidents, dits de transition ? C'est une affection de la deuxième ou de la troisième année, plutôt que de la première. Il est surtout rare de l'observer dans les premiers mois de l'infection. Ses ré-

cidives ont été observées, mais elles ne sont pas fréquentes.

Tels sont les faits, qui découlent de la clinique et des observations journalières. Mais notre malade de l'observation VII fait exception à ces données générales. Chez lui, l'iritis débute avant tout autre accident secondaire. Elle se montre tenace et nécessite un long traitement dans une clinique d'ophtalmologie. Après cette dure épreuve, la guérison se fait; mais elle n'est que momentanée, et, dans l'espace de deux ans et demi, nous voyons ce sujet être affecté de trois récidives d'iritis et d'une conjonctivite intense.

Ces attaques prématurées et répétées d'iritis, cette prédilection de la syphilis pour l'œil chez ce malade sont donc en contradiction avec ce que l'on observe le plus ordinairement. Nous ne soulèverons point une série de questions plus ou moins aptes à en donner l'explication; nous rappellerons seulement que cet individu était albuminurique et, par suite, soumis à un affaiblissement progressif qui a pu jouer un rôle dans ces manifestations.

La syphilis chez nos sujets albuminuriques ne s'est pas bornée aux manifestations cutanées et muqueuses, que nous venons de décrire. Elle n'a pas seulement produit une série d'iritis. Nous la voyons encore, à une époque jeune de son évolution, avant la fin de la première année, porter son action du côté des viscères, compromettre le système nerveux, troubler ses fonctions et réaliser des déterminations cérébrales précoces.

La malade de notre observation I est un bel exemple de ces manifestations prématurées de la syphilis du côté

du système cérébro-spinal. La roséole était à peine disparue, qu'elle était prise de céphalée intense, d'insomnie rebelle, de vertiges, de tremblements des membres et de la langue. Cet état persista pendant quelques mois, puis subit une aggravation. Les vertiges devinrent plus forts. Au tremblement des membres, se joignirent de la faiblesse et de l'asthénie musculaire. Il lui était impossible, dit l'observation, de faire un pas sans l'appui d'une aide, et cependant cette malade n'était arrivée qu'au huitième mois de sa syphilis. Elle était encore en pleine période secondaire.

Si nous suivons cette observation, nous voyons un traitement énergique de deux mois amener une amélioration notable. Mais, malgré cette amélioration, l'état restait toujours grave, puis il devenait stationnaire. Au mois de mai, c'est-à-dire un an après l'infection générale, la malade était toujours en état d'asthénie. Sa marche était difficile, s'opérait par secousses et exigeait des balancements pour le maintien de l'équilibre.

Les troubles de la motilité ne sont pas les seules manifestations que nous ayons à signaler du côté des centres nerveux chez cette infortunée. Les facultés intellectuelles ont aussi largement payé leur tribut. Au moment où l'asthénie musculaire faisait son apparition, l'intelligence était touchée. Elle perdait de son activité et de sa vivacité normales. La lecture devenait difficile, pénible et ne présentait plus l'attrait d'autrefois. Ces désordres, cependant, n'étaient pas arrivés à leur summum d'intensité. Ils s'accrochèrent bientôt. L'atonie intellectuelle dégénéra en véritable torpeur. La mémoire se perdit et

il devint impossible à la malade de lire son journal. Elle ne le comprenait plus et se sentait incapable de tout acte intellectuel.

A ces désordres de la motricité et de l'intelligence, la malade en question joint un autre phénomène qui nous montre que, chez elle, la syphilis n'a pas seulement affecté le système cérébro-spinal, mais qu'elle a aussi touché le système nerveux ganglionnaire. Cette nouvelle détermination est constituée par des troubles de la caloricité, par de l'algidité. L'observation ne nous dit pas si l'algidité a été partielle ou généralisée, si elle a été légère, intense ou moyenne. Mais la seule existence de ce symptôme nous suffit. Elle est pour nous l'indice de troubles morbides du grand sympathique. Des expériences nombreuses et les données de la physiologie contemporaine nous représentent, en effet, le grand sympathique comme le régulateur de la caloricité. C'est lui qui préside aux fonctions de circulation locale, et règle, par ses filets vaso-moteurs, la température propre de chaque partie du corps.

Nous possédons dans nos observations une autre malade qui, comme la précédente, a présenté, à une date peu avancée de sa syphilis, des déterminations cérébrales graves. Cette malade est celle de notre observation IV. Après de rudes épreuves, après des éruptions cutanées intenses, nous la voyons atteinte d'accidents redoutables des centres moteurs. Elle était arrivée au onzième mois de sa maladie, lorsqu'elle commença à éprouver les premiers troubles. Elle accusa d'abord une céphalée intense, puis vinrent des vertiges, des étour-

dissements passagers. Son caractère changea, devint bizarre. Elle pleurait facilement.

Ce fut au milieu de ces symptômes précurseurs que débutèrent les troubles moteurs; la faiblesse succéda aux engourdissements, et sous attaque, sans cette espèce de sidération subite à laquelle on donne vulgairement le nom d'apoplexie, de coup de sang, la parésie de toute la moitié droite du corps se dessina. La marche était difficile, extrêmement pénible; mais le membre inférieur soutenait encore le poids du tronc. Le membre supérieur serrait moins fortement que celui du côté opposé. La bouche était légèrement déviée.

En présence de ces divers troubles, il est une question que nous devons nous poser. Ces désordres de la motilité, de l'intelligence et de la caloricité, qui se produisent chez nos malades pendant la période secondaire, ont-ils ou n'ont-ils pas une raison anatomique?

Pour répondre à cette question, il nous faudrait des autopsies. Or, fort heureusement, ces autopsies nous manquent. Ces troubles que nous observons chez nos malades et qui ont été constatés par divers observateurs chez d'autres malades dans des circonstances toutes différentes, sont, en effet, des troubles qui ne sont point mortels, qui guérissent et que nous savons guérir. Aussi, en l'absence de documents nécroscopiques, le champ reste-t-il ouvert aux hypothèses? Pour quelques auteurs, ces paralysies, cette asthénie de l'intelligence et de la caloricité pourraient être considérées comme essentielles, idiopathiques, *sine materiâ*; pour la plupart, au contraire, elles seraient symptomatiques d'altérations maté-

rielles, de lésions ; pour nous, nous pensons qu'il est plus logique de nous arrêter à l'idée d'une lésion. Il est difficile, en effet, d'expliquer les troubles étendus et variés de notre observation I, et l'hémiplégie de l'observation IV, sans admettre une altération anatomique. Mais où résidait cette lésion, où siégeait-elle, comme origine première ? Quelle en était la nature ? affectait-elle les méninges, les vaisseaux où la substance cérébrale, il nous est impossible de le dire ? nous n'avons pas encore sur ce sujet le moindre renseignement anatomique.

Nous souhaitons avoir été clair et précis dans le relevé des symptômes de gravité que présentait la syphilis chez nos malades albuminuriques. Nous désirons avoir nettement montré que, loin de bénéficier des privilèges relatifs accordés aux syphilis légères, nos sujets ont été sévèrement touchés et rudement malmenés par leur créancière implacable. Les manifestations qu'ils ont offertes, en effet, n'ont pas seulement été intenses, multiples, et modifiées dans leur objectivité : mais elles ont encore été graves, précoces dans leur apparition et ont atteint des organes importants pour la vie.

Tels sont les faits qui découlent de nos observations. Mais il ne suffit pas de constater la gravité de la syphilis chez les sujets albuminuriques, nous devons aussi nous en demander la raison, en rechercher le secret et essayer d'établir les conditions qui ont présidé à cette malignité.

Dans notre introduction, nous avons déjà parlé de la nature du virus syphilitique, considérée comme cause de la gravité des syphilis, et nous avons dit que la doctrine, qui rattachait la nature des syphilis à l'influence

de la graine virulente, n'était plus admise par la science moderne. Cette opinion, en effet, n'avait pour elle que sa simplicité, sa commodité et son air séduisant. S'il était facile d'admettre une série de virus syphilitiques produisant chacun des effets en harmonie avec sa nature, s'il était commode d'arriver avec l'auteur anglais, Carmichael, à créer quatre virus répondant chacun à des formes particulières d'accidents, il devenait moins aisé de démontrer l'existence de ces virus. La clinique entraînait en contradiction avec la théorie et faisait croûler l'édifice.

Ce que démontre la clinique, en effet, c'est qu'il n'y a aucun rapport de concordance entre l'origine d'une syphilis et son degré de gravité ; c'est qu'une syphilis légère peut résulter par contagion d'une syphilis plus ou moins forte ; c'est qu'une syphilis grave peut dériver d'une syphilis bénigne ; et, si nous comparons les accidents syphilitiques chez le contaminant et le contaminé, nous ne constatons aucun rapport de forme, de gravité d'accidents entre la syphilis du contaminant et celle du contaminé.

Nous pouvons citer, comme spécimen, l'histoire d'un ouvrier serrurier, que nous avons eu l'occasion d'observer pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu de Rennes. Cet homme était un grand buveur. Il présenta une série d'accidents syphilitiques très graves, qui nécessitèrent un long séjour à l'hôpital. Après sa sortie, il reprit ses habitudes d'alcoolisme et vit renaître les accidents spécifiques. Ce fut sur ces entrefaites qu'il communiqua la syphilis à son épouse. Celle-ci reçut des soins à la consultation externe du même hôpital et ne présenta que

des manifestations légères qui cédèrent facilement au traitement approprié.

Ce fait, auquel nous pourrions en joindre beaucoup d'autres, empruntés à la clinique, nous montre qu'il ne faut pas rattacher la gravité de la syphilis à la gouttelle virulente, qui s'échappe du sujet contaminant, qu'il n'y a aucun rapport entre la malignité d'une vérole et son origine. C'est qu'il n'y a, en effet, qu'un seul virus engendrant toutes les syphilis. (*Leçons cliniques de M. le prof. Fournier*).

Nous ne pouvons donc demander à la qualité du virus syphilitique la raison de la gravité des accidents que nous observons dans les cas qui nous occupent. Il nous faut rechercher ailleurs, et aborder la doctrine inverse, celle qui attribue à des influences de terrain les inégalités pronostiques de la syphilis. Cette opinion, admise par la science moderne, est fondée sur la clinique et a pour base les observations des pathologistes. Aussi, tout le monde aujourd'hui admet-il que, si la syphilis est grave, elle est grave en vertu de circonstances personnelles au malade?

Chacun, en effet, fait sa syphilis suivant sa santé habituelle, son tempérament, ses habitudes, sa prédisposition héréditaire ou acquise, son hygiène, son milieu et aussi la façon dont il la traite. Lorsque nous sommes en présence d'accidents syphilitiques graves, de manifestations menaçantes, et que nous en recherchons la cause, nous la trouvons le plus souvent soit dans un alcoolisme invétéré ou une scrofulo-tuberculose, soit dans une prédisposition héréditaire, un âge avancé ou une débilita-

tion causée par la misère, les privations, les veilles, les travaux excessifs, les chagrins, la débauche.

Si nous essayons d'établir quel est celui de ces facteurs de gravité qui a causé la malignité de la syphilis chez les sujets de nos observations, nous voyons qu'il ne saurait être question ni d'âge avancé, ni d'alcoolisme, ni de prédisposition héréditaire, ni enfin de scrofulo-tuberculose. La plupart de nos malades sont jeunes, et les autres n'ont pas dépassé l'âge mûr. Nous ne constatons ni antécédents héréditaires, ni scrofulo-tuberculose; et, malgré l'aveu de l'un de nos malades, nous ne pouvons incriminer l'alcoolisme, attendu que les écarts de cet individu n'ont duré que quelques mois et qu'il possédait avant cette époque des habitudes de tempérance.

Mais, si ces causes qui sont les facteurs les plus fréquents de la gravité de la syphilis, font défaut chez nos sujets, il en est d'autres que nous y rencontrons et que nous pouvons considérer comme aussi puissantes et aussi actives. Nous voulons parler de la débilitation et de l'appauvrissement de la constitution que l'albuminurie finit par créer.

Les albuminuriques, en effet, se trouvent dans des conditions spéciales. Ils sont soumis à des pertes incessantes de substances albuminoïdes et à des variations fréquentes d'excrétion des principes extractifs de l'urine, qui modifient leur organisme, troublent leur nutrition générale et les conduisent plus ou moins rapidement vers l'anémie et la cachexie.

La quantité d'albumine éliminée par leurs urines est assez variable. Toutefois, elle ne dépasse pas en moyenne

10 à 15 gr. par litre, et elle oscille le plus ordinairement entre 5 et 8 gr. Chez notre malade de l'observation II, elle était, à son entrée à l'hôpital, de 7 gr. par litre. Mais elle peut atteindre un chiffre plus élevé, 20 gr. et même d'avantage (Vogel). Ces quantités excessives sont du reste fort rares et elles ne s'observent que passagèrement. Aussi, en évaluant à 1,200 gr. la somme d'urine éliminée en 24 heures, on arrive à une moyenne de 6 à 15 gr. d'albumine perdue quotidiennement par les malades. (Neubauer et Vogel. *De l'urine*, p. 326, 1870).

On s'est demandé si cette albumine, pathologiquement excrétée par le rein, était identique à l'albumine du sérum physiologique. Jusqu'ici on ne connaît pas de réaction différentielle entre les deux albumines. Mialhe est à peu près le seul qui ait essayé, par la méthode chimique, d'établir les caractères différentiels entre ces deux variétés d'albumine. Il s'appuyait sur ce fait, que l'albumine chez les albuminuriques se redissolvait dans un excès d'acide, après avoir été précipitée. Mais, comme l'ont fait remarquer Becquerel et Vernois, c'est précisément ce caractère qui assimile les deux albumines. Stokwis est allé plus loin. Il a montré par des expériences que l'albumine des urines et du sang chez les albuminuriques n'est pas une albumine altérée, modifiée dans sa constitution. S'il en était ainsi, injectée dans les veines chez le chien, par exemple, elle passerait dans les urines comme l'albumine du blanc d'œuf. Cette albumine a été injectée et il n'a rien passé. Il paraît donc rationnel d'admettre que l'albumine du sang passe directement à travers le rein sans subir aucun changement

dans sa constitution. (Charcot, *leçons pathogéniques de l'albuminurie* 1881).

Mais ce n'est pas la seule substance albuminoïde que l'on rencontre dans les urines des albuminuriques. Elles contiennent également, en proportions variables, une partie des substances protéiques qui existent normalement dans le sang, et notamment de la globuline.

Si, à l'exemple de Lehmann, on fait passer un courant d'acide carbonique dans une urine albumineuse, on y détermine un précipité offrant toutes les propriétés de la globuline. De nouvelles expériences ont montré, en outre, que la proportion de globuline est parfois aussi considérable que celle de l'albumine, qu'elle peut aller jusqu'à 20 et 30 gr., et qu'il n'y a aucun rapport entre la perte en globuline et celle en albumine.

A ces modifications apportées par la présence des substances albuminoïdes, les urines des albuminuriques joignent d'autres altérations, que nous ne devons pas négliger de signaler. C'est ainsi que les éléments salins sont constamment diminués. L'abaissement du chiffre de l'urée est souvent considérable. Si nous consultons la clinique médicale de la Charité de M. Vulpian, nous y trouvons une série d'analyses dans lesquelles le chiffre de l'urée oscille entre 3 et 15 gr. par litre. Les matières extractives et l'acide urique sont aussi moins abondants.

Sous l'influence de cette albuminurie et des oscillations de la dépuration qui se fait normalement, par les urines, le sang se modifie et s'altère. La déperdition d'albumine, qui s'opère incessamment, ne tarde pas à se

traduire par la diminution du chiffre des matériaux protéiques du sérum. De 70 à 80 pour 1000, chiffre physiologique, l'albumine peut s'abaisser à 50, 40 et même 30. Souvent le sérum, par le fait de l'engorgement du filtre rénal et de la rétention d'eau qui s'ensuit, devient plus aqueux qu'à l'état normal. Sa densité qui est de 1030, chiffre physiologique, tombe à 1025 et 1020. Si parfois on a signalé un excès de fibrine, c'est qu'il existait concurremment quelque complication inflammatoire. En général cette substance suit les variations des autres principes albuminoïdes.

Les résidus solides ne s'exagèrent point en raison inverse de la perte d'albumine. Vernois et Becquerel ont montré que la quantité des sels diminuée dans une proportion notable. Les éléments salins peuvent disparaître dans la proportion d'un quart et même d'un bon tiers.

Il semble démontré, au contraire, que dans un certain nombre de cas tout au moins, il y a une augmentation des matières extractives et des produits de désassimilation. Mais nos connaissances à cet égard sont encore assez vagues. La recherche de ces substances est chimiquement une opération délicate, que la majorité des médecins ne peut faire, attendu qu'il faut une quantité de sang assez notable et qu'il n'est pas possible, sans grave préjudice pour les malades, de la leur soustraire. Aussi les analyses que nous possédons sur ce point sont-elles insuffisantes et souvent contradictoires ? C'est ainsi que, d'après Bright, la proportion d'urée qui s'élèverait à 15 gr. pour 1000 gr. de sang chez quelques albuminuriques ne dépasserait pas à 2 gr. chez d'autres. Dans les

cliniques médicales de la Charité de M. Vulpian, nous voyons des albuminuriques présenter 1 gr. d'urée par kilogr. de sang, sans avoir d'accidents urémiques, tandis que d'autres succombent à l'urémie avec 0,35 centigr. d'urée par litre, quantité peu élevée, puisque le chiffre normal est de 0,20 centigr. environ.

Bien que l'augmentation de l'urée et des matières extractives dans le sang ne soit pas constante, et soit assez variable dans ses degrés, elle constitue, néanmoins, un phénomène important. Ces substances, en effet, sont des agents toxiques. (M. Bouchard, Académie des sciences, 22 mars 1886). Elles agissent sur les éléments anatomiques, entravent leur nutrition et hâtent le dépérissement produit par les pertes en substances albuminoïdes.

Mais les modifications ne portent pas seulement sur les matériaux du plasma sanguin, elles atteignent aussi les globules. Ceux-ci, comme l'ont démontré depuis longtemps les analyses de Becquerel et de Vernois, sont en bien moins grand nombre qu'à l'état normal ; et les énumérations globulaires directes sont venues confirmer cette donnée générale. Chez un albuminurique avancé du service de M. le Dr Raymond, la numération des globules nous a donné les résultats suivants :

Nombre total des globules rouges et des globules blancs par millimètre cube de sang 4,712,000.

Globules rouges.....	4.432.512
Globules blancs.....	279.488
Hémoglobine.....	0.94

Cette analyse nous montre une diminution notable du nombre total des globules rouges. Elle nous fait voir également que les globules blancs sont augmentés de nombre et que l'hémoglobine est diminuée.

Du reste la pâleur de la peau, la décoloration des muqueuses, l'absence fréquente des matières colorantes dans les urines montrent assez que le mouvement de destruction et de renouvellement des hématies est singulièrement ralenti.

Les conséquences de ces altérations fondamentales et de ces modifications du liquide sanguin, au point de vue de la nutrition générale, sont faciles à comprendre. Toutes les fonctions languissent chez les individus atteints d'albuminurie. Les forces déclinent rapidement sous l'influence de la déperdition journalière, qui s'opère par les urines. L'amaigrissement, pour la même raison, fait des progrès sensibles. Aux pertes parfois considérables en substances albuminoïdes, vient se joindre fréquemment une insuffisance de l'assimilation. L'estomac digère mal les aliments pour lesquels il a de l'inappétence. De la diarrhée survient souvent qui exagère encore le mouvement de dénutrition et précipite l'apparition de la cachexie.

Dans les premières phases de la maladie le poulx est plein et bien frappé; puis il devient progressivement mou et dépressible, à mesure que s'accroît la consommation et que l'anémie se prononce. Cette insuffisance du muscle cardiaque est souvent consécutive à une hypertrophie, et se rattache le plus habituellement à une dégénérescence de ses fibres. Mais quelle qu'en soit la cause,

elle a le fâcheux inconvénient de s'ajouter aux altérations du sang pour produire ou accroître l'hydropisie.

Jusqu'ici nous n'avons point parlé des hydropisies qui surviennent dans le cours de l'albuminurie. Ce phénomène constitue, cependant, une complication sérieuse, entraînant des conséquences très graves. En effet, l'intégrité fonctionnelle des viscères et des tissus est liée indissolublement à leur état anatomique. Or, il est évident que de la sérosité interposée entre les mailles du tissu conjonctif et de la trame interstitielle de tous les organes constitue une condition fâcheuse pour leur vitalité. Mécaniquement, la distension qui en résulte, déforme et altère les éléments anatomiques (ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Ranvier sur l'œdème). Physiologiquement, les phénomènes d'échanges et de désassimilation se trouvent entravés et la nutrition générale souffre.

Chez les albuminuriques tous les tissus et tous les organes sont donc touchés dans leurs éléments anatomiques et troublés dans leurs fonctions. Ils ne cessent pas de fonctionner, mais ils s'entretiennent mal et ne se réparent pas convenablement. C'est, nous semble-t-il, cet appauvrissement physiologique que nous devons incriminer de la gravité spéciale de la syphilis chez nos malades?

La débilitation progressive qu'entraînent les pertes incessantes de substances albuminoïdes et les troubles de la nutrition, leur crée des conditions singulièrement défavorables pour réagir contre les atteintes du virus syphilitique. Aussi la diathèse a-t-elle, en quelque sorte,

le champ libre pour multiplier ses coups ? Tout paraît l'inviter à faire payer cher à ses débiteurs la dette contractée.

Nous connaissons la façon dont nos sujets ont été traités par la diathèse. Nous n'y reviendrons pas. Nous ferons seulement remarquer qu'ils n'ont fait que subir le sort auquel sont exposés tous les individus dont la constitution est appauvrie par une tare morbide, et qui deviennent syphilitiques. Tout le monde connaît l'influence désastreuse exercée par la scrofule et la tuberculose sur l'évolution de la syphilis. Il n'est pas de médecins qui ignorent la gravité qu'acquiert cette maladie chez les individus affaiblis par l'âge ou épuisés par l'alcoolisme et la débauche. Les poussées éruptives sont internes, multiples, très rapprochées et parfois subintrantes. La diathèse semble à jet continu et inépuisable. Mais nous n'observons pas seulement ces phénomènes dans les cas que nous venons de signaler, nous les rencontrons encore dans toutes les circonstances où l'organisme est en souffrance. Il n'est pas rare de trouver des malades qui ont une syphilis grave, non parce qu'il sont tuberculeux ou alcooliques, mais parce qu'il sont épuisés par la misère, les privations, les veilles ou les travaux excessifs. C'est qu'en effet, toutes les causes débilitantes et capables de faire périr la santé, quelle qu'en soit la nature, sont susceptibles de provoquer des déterminations syphilitiques graves et d'assombrir le pronostic de la vérole. Il est donc naturel que l'albuminurie, qui produit plus ou moins rapidement l'affaiblissement et l'anémie, donne lieu à des manifestations syphilitiques graves. Ce n'est

du reste qu'à ce titre qu'elle doit être classée parmi les facteurs de gravité de la syphilis.

CHAPITRE IV.

DU PRONOSTIC

Le pronostic de la syphilis chez les sujets de nos observations se déduit facilement des symptômes que nous avons exposés au chapitre précédent. Nous ne devons pas être seulement réservé. Nous devons porter un pronostic grave. Plusieurs raisons, en effet, nous y engagent et nous justifient de ce pessimisme.

Dès le début, les éruptions se sont montrées intenses. Leurs éléments n'étaient pas disséminés, éparpillés sur toute la surface du corps, mais très rapprochés, parfois confluents au point de former de larges nappes, de vastes placards. Leur objectivité était modifiée et simulait des dermatoses vulgaires, non spécifiques. Ces caractères n'appartiennent point aux syphilis que l'on observe le plus ordinairement, aux syphilis bénignes. Ils sont plutôt l'apanage des syphilis graves. Il est habituel, en effet, de voir les syphilis qui débutent de cette façon, être tenaces, persistantes, et donner lieu à des manifestations multiples, successives et pour ainsi dire inépuisables.

Si nous interrogeons nos observations, nous voyons

qu'elles se rapprochent beaucoup de ces données basées sur la clinique. Plusieurs de nos malades, dont les déterminations cutanées et muqueuses étaient abondantes, ont eu une syphilis toujours en action. La diathèse ne prenait pas de repos. Elle était constamment en éveil. Nous pouvons donner, comme spécimen, les observations I, IV et VI. Les manifestations syphilitiques chez ces individus se succèdent à de courts intervalles, parfois mêmes elles sont subintrantes et se montrent avant la disparition des précédentes.

Un certain nombre de médecins ont accordé une grande importance aux caractères de ces premières poussées éruptives et surtout de la première. Ils ont pensé qu'elles pouvaient permettre de préjuger l'avenir de la syphilis. On connaît l'opinion de Diday. « La première syphilide, dit cet auteur, donne une juste idée de ce que sera la syphilis dont elle marque le début. Elle est comme un premier chapitre où l'œuvre tout entière se peint fidèlement, se devine, pour qui sait lire. Si un seul moyen m'était accordé pour prédire la destinée spéciale d'un homme chez qui la syphilis commence, c'est assurément celui-là que je choisirais. »

Nous ne méconnaissons point la part d'erreur que contient cette doctrine. Des syphilis, qui s'annoncent assez mal, peuvent s'adoucir au delà et s'apaiser. Réciproquement le début bénin d'une syphilis n'est en rien une garantie d'avenir. Mais nous ne pouvons fermer les yeux sur les rapports qu'elle présente avec les faits que nous observons chez nos malades. La première poussée de leur syphilis n'est point simple, formée d'une seule

éruption, d'une roséole, par exemple. Nous y rencontrons en même temps que des formes érythémateuses, des formes papuleuses, vésiculeuses et même pustuleuses. Or, ces caractères sont, d'après l'opinion de Diday, une menace pour l'avenir. Si nous recherchons dans nos observations la vérification de cette proposition, nous voyons la syphilis prendre une activité surprenante. Elle se montre à jet continu. Nous venons de mentionner l'intensité, la modification de l'objectivité et la multiplicité des éruptions. Ce sont là des symptômes importants pour le pronostic. Mais la malignité de la syphilis s'est encore dévoilée par d'autres caractères. A une époque jeune de son évolution, elle réalise des syphilides cutanées et muqueuses graves. Elle touche de bonne heure les centres nerveux et elle résiste au traitement spécifique.

Nous avons décrit assez longuement dans notre chapitre des symptômes de gravité les syphilides muqueuses gangréneuses et ulcéreuses, ainsi que les éruptions d'ecthyma, de pemphigus et de rupia qu'ont présentées nos malades. Nous avons montré leur gravité, parfois immédiate, et nous avons fait remarquer leur ténacité. Nous avons également étudié les manifestations cérébrales, les troubles de la motilité, de l'intelligence et de la caloricité. Nous avons insisté sur l'importance de ces déterminations, leur étendue et leur nature probable. Aussi pensons-nous qu'il serait oisif d'y revenir? Mais il est un autre point sur lequel nous devons nous arrêter. Nous voulons parler de l'apparition précoce de tous ces accidents, de l'évolution rapide de la diathèse. L'ecthyma,

le pemphigus et le rupia sont des manifestations habituellement tardives de la période secondaire, apparaissant vers la fin de la première année ou dans le cours de la deuxième, de la troisième et même plus tard. Chez nos sujets ils se montrent à une époque peu avancée de l'infection générale, dès les premiers mois, et chez quelques-uns ils font partie de la première poussée éruptive. Nous avons parlé plus haut de l'iritis survenant comme première détermination de la syphilis. Les systèmes cérébro-spinal et grand sympathique ont aussi été atteints à une date peu éloignée du chancre, avant la fin de la première année, dans un cas, au huitième mois dans un autre. Cette marche n'est pas ordinaire. Elle constitue par elle-même un symptôme de gravité et comporte pour l'avenir une signification pronostique menaçante.

La résistance que présentent au traitement spécifique les manifestations de la syphilis chez nos sujets albuminuriques, constitue une autre cause d'aggravation du pronostic. Notre malade de l'observation I, malgré un traitement dirigé par des mains habiles, garde un état grave. Ses déterminations se modifient lentement, puis restent stationnaires et deviennent rebelles aux efforts de la thérapeutique. La seconde poussée de syphilides muqueuses ulcéreuses, que nous avons observée chez notre sujet de l'observation II, n'a commencé à rétro-céder qu'après quatre semaines d'un traitement énergique. Le malade, en effet, prenait tous les jours deux et bientôt trois pilules de protoiodure d'hydrargyre de 0,05 centigr. chacune ; et des attouchements à l'iodoforme étaient régulièrement faits. Nous constatons les

mêmes phénomènes à l'observation IV. Les éruptions ne cèdent que difficilement et montrent une grande ténacité. Le traitement, cependant, était actif. Il ne fut que rarement suspendu pendant toute sa longue durée ; et chaque interruption ne durait que quelques jours.

Cette résistance des accidents au traitement spécifique est bien différente de ce que nous observons dans certaines syphilis bénignes où les malades font taire la diathèse au prix d'un nombre relativement restreint de pilules. Nous pourrions rappeler ici l'histoire d'une malade, que M. le professeur Fournier nous présentait à sa clinique, il y a quelques semaines, et que 40 pilules avaient gratifiée d'une immunité de trois années. Ce fait nous a frappé. La dissemblance était trop grande entre la bénignité de la syphilis dans ce cas et la ténacité des manifestations que nous relevons chez nos sujets. Aussi avons-nous cru bon de joindre ce symptôme à ceux que nous possédions déjà pour nous justifier de la gravité de notre pronostic ? Que nous considérions, en effet, la nature des accidents et leur objectivité, ou que nous recherchions leur marche et l'influence du traitement, nous trouvons toujours les mêmes caractères, la gravité d'une part, l'apparition précoce et la ténacité de l'autre.

CHAPITRE V

DU TRAITEMENT

Le traitement revêt ici une certaine importance. Doit-on traiter d'abord l'albuminurie et ne recourir que plus tard au traitement spécifique? N'y a-t-il aucun inconvénient, aucun danger à donner immédiatement les médicaments antisypilitiques?

Quelques faits semblent justifier ces hésitations et ces craintes. Le mercure peut rencontrer dans les reins des obstacles qui s'opposent à son élimination, s'accumuler dans l'organisme et produire par suite une intoxication mercurielle. On connaît l'exemple malheureux rapporté par M. Hallopeau (1878). Il s'agissait d'un individu atteint d'une lésion rénale profonde, ayant amené la destruction d'une grande partie du parenchyme du rein. Les mercuriaux furent administrés, et le malade succomba à l'intoxication mercurielle.

D'autre part on a accusé le mercure de produire l'albuminurie et de l'augmenter lorsqu'elle existe. Wells, Blackall et Grégory disent avoir observé des phénomènes de ce genre. Nous trouvons aussi M. le professeur Hardy parmi les auteurs qui font du mercure une cause possible d'albuminurie. Dans une clinique publiée par l'Union médicale (1879, p. 483), et relative à un cas d'albuminurie chez un syphilitique, nous voyons M. le professeur Hardy ne pas donner le mercure de peur d'augmenter l'affection.

« Au premier abord, il semble qu'il soit assez facile de formuler le traitement; il n'en est rien cependant, dit M. Hardy. »

« Si, en effet, nous devons aisément venir à bout de l'albuminurie en maintenant le malade au chaud, en lui donnant du lait, du tannin, qui, sans que nous sachions exactement pourquoi, réussit assez bien dans cette maladie; si, enfin, il nous suffira d'appliquer quelques ventouses sèches sur la région rénale et de prescrire quelques diurétiques dans le but d'augmenter les urines; si, dis-je, il nous suffit de ces moyens pour amener la guérison de la néphrite, je suis bien plus embarrassé contre la syphilis. »

« Si nous avons affaire à un individu bien portant, nous devrions, en présence d'une syphilis secondaire, ne pas hésiter à donner du mercure, mais il ne faut pas oublier que cet homme a une néphrite, et que cette maladie survient quelquefois sous la seule influence des certains médicaments parmi lesquels se trouvent l'arsenic et le mercure. Aussi ai-je peur, si je donne le mercure trop tôt, de voir survenir une recrudescence de l'affection rénale? »

« Pour toutes ces raisons, je préfère donc m'abstenir actuellement du traitement mercuriel. Vous savez, d'ailleurs, que les accidents secondaires de la syphilis abandonnés à eux-mêmes peuvent disparaître spontanément, moins rapidement il est vrai que lorsqu'un traitement spécifique est établi. On s'est même emparé du fait, et c'est une grave erreur, de dire que toute médication mercurielle était inutile. »

« Il n'y a donc aucun inconvénient à attendre avant de prescrire un traitement spécial. Nous chercherons, d'abord, quand nous aurons guéri cet homme de sa lésion rénale, à améliorer son état général, à le tonifier; nous lui donnerons du quinquina, une bonne alimentation, et quand nous l'aurons ainsi remis dans un état général satisfaisant, si l'éruption n'a pas disparu, nous pousserons à l'administration du mercure, mais avec prudence et en ayant soin d'interrompre le traitement de temps en temps. De cette manière nous assurerons la disparition de l'éruption et des accidents syphilitiques secondaires, et nous n'aurons pas à redouter une aggravation des accidents rénaux. »

Mais contre cette manière de voir nous opposerons les recherches faites, à Paris, par M. le professeur Fournier et à Lyon par M. Gailleton, sur tous les malades de leurs services soumis au traitement mercuriel et chez lesquels ils n'ont pas trouvé trace d'albumine (un seul cas chez M. le professeur Fournier). Rayer fait également remarquer que l'urine devient très rarement albumineuse par le fait de l'administration de ce médicament contre les accidents primitifs de la syphilis et qu'il est plus rare d'observer les hydropisies avec une urine albumineuse chez les doreurs atteints de tremblement mercuriel. Par conséquent nous pensons que l'on peut, sans hésiter, donner la médication mercurielle, et les observations que nous publions sont une preuve de son innocuité. Chez les malades que nous avons pu suivre, en effet, nous n'avons pas constaté que la médication mercurielle eût aggravé l'albuminurie, ni même entravé

l'action du traitement dirigé contre les accidents rénaux.

Le traitement, inoffensif en ce qui concerne l'albuminurie, doit-il être institué immédiatement? Nous savons que l'on rencontre des individus qui ont eu une éruption de papules et de plaques muqueuses et qui n'ont jamais pris de mercure. Les éruptions sont disparues spontanément.

Mais, si l'on recherche leur durée, on constate qu'elle est plus longue en l'absence de traitement et que les accidents ont pris dans certains cas un caractère grave. Au contraire, avec le mercure on voit les déterminations qui avaient eu de la tendance à persister ou à s'étendre, rétrocéder et s'effacer en quelques jours.

Dans les cas qui nous occupent, il est difficile de dire ce qu'aurait produit l'abstention. Nous ne pouvons prévoir ce qui serait advenu des accidents que présentaient les malades des observations II et IV. Toutefois, l'expectation eût été téméraire et imprudente. Nous nous serions exposé, sans raison, à des surprises. Les accidents, en effet, s'annonçaient intenses et multiples. Ils revêtaient un caractère grave, et ce qui constitue un phénomène important, ils ne se sont pas modifiés très rapidement malgré des doses élevées de mercure (10 et 15 centigr. de protoiodure, chaque jour). D'autre part nous voyons que, dans toutes les observations, le traitement a été institué dès le début, et nous ne trouvons aucun accident à relever. Nous ne pouvons mentionner qu'une salivation légère et de courte durée, survenue chez la malade de l'observation IV. Elle céda facilement au chlorate de potasse et la médication mercurielle, sus-

pendue pendant quelques jours, fut reprise sans nouvel incident.

Aussi pensons-nous qu'il est nécessaire d'établir le traitement spécifique dès le début des accidents, d'instituer la médication en rapport avec leur gravité et de combattre énergiquement la diathèse? Mais il est une condition qui s'impose. Il faut surveiller attentivement l'élimination du mercure et le suspendre, dès que la salivation apparaît ou qu'un autre symptôme annonce son accumulation. Par une observation de tous les jours nous nous mettrons à l'abri de l'intoxication mercurielle, et nous ne nous exposerons pas à reproduire l'exemple malheureux cité plus haut.

On peut donner n'importe quelle préparation mercurielle, pourvu qu'elle soit bien supportée. Les pilules de protoiodure sont commodées et très employées. On prescrit une ou deux pilules de protoiodure de 0,05 centigr. chacune. L'un de nos malades en a pris jusqu'à 3, sans qu'il y ait eu le moindre signe d'accident.

Si le protoiodure est mal toléré, il n'y a aucun inconvénient à donner le bichlorure, sous forme de liqueur de Van Swieten, aux doses ordinaires, ou sous forme de pilules de Dupuytren.

Si la muqueuse digestive ne peut absorder le mercure, il faut recourir aux frictions. On fait tous les jours au lieu d'élection, des frictions avec 2 ou 3 ou même 5 gr. de pommade mercurielle.

Ce dernier mode de traitement peut avoir des inconvénients. Il amène rapidement la salivation, et il est possible qu'il la produise beaucoup plus facilement chez

nos malades que chez les autres syphilitiques dont les reins sont intacts. Aussi pensons-nous que l'on pourrait utilement employer les injections sous-cutanées de peptones mercuriques, préconisées par le D^r Martineau et qui ne présentent aucun inconvénient de ce genre.

Dans un certain nombre de cas, le traitement mixte a été établi, c'est-à-dire que le malade prenait à la fois du mercure et de l'iodure de potassium. Ce dernier médicament se donnera à des doses variables suivant les cas : 2, 3 et 4 gr., et même plus, si cela est nécessaire. On surveillera son action.

Au traitement spécifique, on adjoindra la diète lactée. Le malade prendra tous les jours 3 ou 4 litres de lait sans addition d'aucun autre aliment. Si le régime lacté exclusif n'est pas supporté ou produit de la diarrhée, il faudra donner une alimentation mixte ou le régime commun, en ayant soin d'en exclure toutes les substances irritantes qui, en s'éliminant par les reins, pourraient aggraver l'affection. On aura soin aussi de le rendre aussi tonique que possible pour remonter l'état général du malade, affaibli non-seulement par l'albuminurie, mais encore par la syphilis. On appliquera sur la région lombaire des ventouses sèches et scarifiées, et des pointes de feu. Enfin, on pourra donner à l'intérieur l'une des nombreuses préparations recommandées en pareil cas.

CONCLUSIONS

La syphilis chez nos malades albuminuriques s'est montrée plus grave qu'elle ne l'est dans les syphilis que l'on observe le plus ordinairement, c'est-à-dire dans les syphilis légères et de moyenne intensité.

Ses caractères de gravité ont été : l'intensité, la multiplicité et la modification de l'objectivité des éruptions ; l'apparition, à une époque jeune de la diathèse, de syphilides cutanées et muqueuses qui constituent des types habituellement assez tardifs de la période secondaire ; l'apparition précoce d'accidents cérébraux graves, au huitième mois dans un cas, au onzième dans un autre.

Nous pensons que cette gravité de la syphilis chez nos sujets doit être attribuée à la débilitation progressive de l'organisme produite par les pertes incessantes de substances albuminoïdes.

Le pronostic de la syphilis, dans les cas qui nous occupent, nous semble grave et nous l'avons porté tel.

Pour ce qui concerne le traitement spécifique, nous pensons qu'il doit être institué dès le début des accidents, concurremment avec le traitement de l'albuminurie. Il est nécessaire de surveiller attentivement l'élimination du mercure pour ne pas s'exposer à des accidents d'intoxication. La préparation mercurielle est indifférente pourvu qu'elle soit supportée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARTHÉLEMY. — Annales de dermatologie et de syphil., 1881.
BÉCQUEREL. — Séméiotique des urines, 1841.
CHARCOT. — Leçons sur les condit. pathogéniques de l'albuminurie, 1881.
COHADON. — Thèse sur l'albuminurie secondaire, 1882.
DIDAY. — La pratique des maladies vénériennes.
FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis, 1881-86.
HARDY. — Leçon clinique publiée dans l'Union médicale, 1879, p. 483.
HALLOPEAU. — Thèse d'agrégation, 1878.
LANCEREAUX. — Syphilis, 1866.
NEGEL. — Thèse sur la syphilis rénale, 1882.
NEUBAUER et VOGEL. — De l'urine, 1870.
VULPIAN. — Clinique médicale de la Charité, 1879.
WAGNER. — Morbus Brightii, 1882.

Vu : le président de la thèse,
PETER.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARTHÉLEMY. — Annuaire de dermatologie et de syphilis, 1881.
 BÉGIN. — Symptomatique des urines, 1811.
 GARNIER. — Leçon sur les cornues, pathogéniques et thérapeutiques, 1881.
 GONNARD. — Thèse sur l'albunurie fébrile, 1882.
 LAFITTE. — La pratique des maladies vénériennes.
 LORAIN. — Leçons cliniques sur la syphilis, 1881 et 82.
 HENRI. — Leçon clinique publiée dans l'Union médicale, 1881.
 HENRI. — Thèse d'agrégation, 1878.
 LAFITTE. — Syphilis, 1880.
 LAFITTE. — Thèse sur la syphilis tertiaire, 1882.
 LAFITTE et VOGEL. — Le Venereux, 1870.
 VOGEL. — Clinique médicale de la Clinique, 1879.
 WAGNER. — Morbus Brigantii, 1882.

Vu et permis d'imprimer.
 Le Directeur de l'Imprimerie de la Faculté de Médecine de Paris.
 J. B.